



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ACCOMPAGNÉ DE SES RÉPONSES

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE GUADELOUPE

(Département Guadeloupe)

Exercices 2020 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 17 octobre 2025

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE.....	6
RECOMMANDATIONS.....	8
PROCÉDURE.....	10
1 L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EN GUADELOUPE.....	11
1.1 Un territoire de santé marqué par une population vieillissante et précaire	12
1.2 Une offre de soins en santé mentale structurée par l'établissement public de santé mentale	13
1.2.1 Le rôle majeur de l'établissement public de santé mentale sur le territoire	13
1.2.2 Des soins variés avec une gradation des modalités de prise en charge psychiatrique.....	14
1.2.2.1 Les trois sites d'hospitalisation complète.....	14
1.2.2.2 Les structures alternatives à l'hospitalisation complète	16
1.2.2.3 L'offre médico-sociale	17
1.2.2.4 Une liberté de choix favorisée par le développement de structures intersectorielles.....	17
1.2.3 Une présence largement inférieure à la moyenne nationale de psychiatres libéraux et une pénurie de pédopsychiatres libéraux	18
1.3 Les spécificités des besoins en soins psychiatriques sur le territoire	18
1.3.1 La prévalence des pathologies psychiatriques	18
1.3.2 Les déterminants territoriaux des troubles mentaux	19
1.3.3 Les caractéristiques du recours aux soins psychiatriques	19
1.4 Une transformation en cours de l'offre de soins rendue nécessaire par de forts besoins non pris en compte	20
1.4.1 Une adaptation de l'offre aux besoins du territoire à améliorer.....	20
1.4.1.1 Une offre des lits d'hospitalisation inférieure à la moyenne nationale et inégalement répartie sur le territoire.....	20
1.4.1.2 Une insuffisance de foyers d'accueil médicalisé.....	20
1.4.1.3 L'absence d'unité hospitalière spécialement aménagée complique la prise en charge des patients incarcérés	21
1.4.1.4 Le manque d'unité pour malades difficiles dans l'arc antillais nuit à la pertinence de l'offre de soins	22
1.4.2 Des filières de soins insuffisamment dotées ou organisées.....	22
1.4.2.1 Les structures disponibles peinent à répondre aux besoins des autistes lourds	22
1.4.2.2 Une prise en charge des troubles mentaux des personnes âgées à renforcer	23
1.4.2.3 Des parcours de soins à étayer pour les patients sujets aux addictions.....	24
1.4.3 Une évolution de l'offre de soins portée par les mesures nationales et le projet d'établissement.....	25

1.4.3.1	La déclinaison des mesures nationales	25
1.4.3.2	Une nouvelle ambition portée par le projet d'établissement	26
1.5	Une activité marquée par l'augmentation de l'ambulatoire et l'importance des soins sans consentement	27
1.5.1	L'activité d'hospitalisation complète	27
1.5.1.1	Les principaux diagnostics pris en charge par l'EPSM avec une part importante de pathologies lourdes et complexes	27
1.5.1.2	Des séjours marqués par la part importante des soins sans consentement et l'isolement.....	29
1.5.1.3	Une durée moyenne de séjour plus élevée que la moyenne	30
1.5.2	L'activité d'hospitalisation partielle et l'activité ambulatoire	30
1.5.2.1	La prépondérance de l'activité ambulatoire	30
1.5.2.2	Des délais d'attente en CMP très variables d'une structure à l'autre	32
1.6	Des risques liés à l'activité mal maîtrisés	33
1.6.1	Les événements indésirables graves en forte augmentation.....	33
1.6.2	Le refus de certification de la Haute autorité de santé en 2024	34
1.6.3	Les dysfonctionnements signalés par la commission de prévention de la torture du Conseil de l'Europe.....	35
1.6.4	Deux risques de fermeture administrative liés à la sécurité incendie et à l'hygiène des cuisines	35
2	UNE GOUVERNANCE PERFECTIBLE	37
2.1	Les instances se réunissent à un rythme irrégulier	37
2.1.1	Le conseil de surveillance	37
2.1.2	Le directoire	38
2.1.3	La commission médicale d'établissement.....	39
2.1.4	La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)	40
2.1.5	le comité social d'établissement.....	40
2.2	L'organisation en pôles et la contractualisation interne ne sont pas finalisées	40
2.3	Des orientations stratégiques à préciser	41
2.3.1	L'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens complique la déclinaison du plan régional de santé	42
2.3.2	Le projet d'établissement n'a été mis en place qu'en 2023	42
2.3.3	Le projet territorial de santé mentale n'a pas été piloté et a été partiellement mis en œuvre	43
2.3.4	L'absence de règlement intérieur	45
2.4	Des coopérations insuffisamment formalisées	46
2.4.1	Les relations de l'EPSM de Guadeloupe avec les autres structures hospitalières.....	46
2.4.1.1	Une coopération avec le groupement hospitalier de territoire en cours.....	46
2.4.1.2	Des modalités de collaboration avec le centre hospitalier de Basse-Terre non précisées	47
2.4.1.3	Les coopérations avec les structures hospitalières privées ne sont pas encadrées par des conventions.....	48
2.4.2	Les conventions partenariales territoriales et les conseils locaux de santé mentale	48

3 LES RESSOURCES HUMAINES	50
3.1 Un contexte complexe marqué par la coexistence de deux accords locaux	50
3.1.1 Un dialogue social complexe freiné par la crise sanitaire	50
3.1.2 Des différences persistantes entre les deux accords qui compliquent la gestion opérationnelle des ressources humaines	51
3.1.3 Une répartition très hétérogène du temps de travail qui nécessite une régularisation	51
3.2 Un manque de cadrage stratégique RH	54
3.2.1 Des lignes directrices de gestion non actualisées	54
3.2.2 L'absence de rapport social unique	54
3.3 La gestion des effectifs médicaux et non médicaux	55
3.3.1 Une attractivité médicale renforcée au prix de salaires élevés	55
3.3.2 L'évolution contrastée du personnel non médical : un renforcement des fonctions administratives, des besoins persistants pour les métiers en tension	58
3.3.3 Une masse salariale en nette augmentation	60
3.3.3.1 Les effets du « <i>Séjour de la santé</i> » sur la rémunération	60
3.3.3.2 Des recrutements en forte hausse	61
3.4 Des irrégularités en matière de recrutement et de gestion des indemnités compensatoires de logement	62
3.4.1 Un recrutement irrégulier pour le personnel de direction	62
3.4.2 Une gestion lacunaire des indemnités compensatoires de logement	63
3.4.3 L'établissement ne respecte pas ses obligations d'emploi des personnes en situation de handicap	64
4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES	66
4.1 La gestion budgétaire	67
4.1.2 La transmission des documents budgétaires	67
4.1.2.1 Le calendrier des EPRD et des PGFP révèle un long dialogue de gestion	68
4.1.2.2 L'adoption des comptes financiers est tardive	69
4.1.3 L'exécution budgétaire présente d'importantes distorsions	70
4.2 La fiabilité des comptes	71
4.2.1 Le suivi des immobilisations et des amortissements est à parfaire	72
4.2.1.1 L'inventaire et l'état de l'actif	72
4.2.1.2 Le transfert des immobilisations aux comptes d'imputation définitif est	73
4.2.2 Le principe de prudence pour la constitution des provisions est insuffisamment respecté	74
4.2.2.1 Les comptes de provisions pour litiges inactifs sur toute la période sous revue	74
4.2.2.2 Les provisions pour CET sont calculées sur des bases erronées	75
4.2.2.3 Les provisions pour gros entretien et grandes révisions ne sont pas justifiées par un plan d'entretien pluriannuel et ne sont pas imputées correctement	75
4.2.2.4 Les comptes de provisions pour créances irrécouvrables sont surdotées	76
5 LA SITUATION FINANCIÈRE	78
5.1 Le financement de la psychiatrie a été réformé en 2022	78

5.2 L'analyse rétrospective fait apparaître une situation financière d'apparence saine	79
5.2.1 Les produits et les charges de fonctionnement du budget principal affichent un fort dynamisme à partir de l'exercice 2023	79
5.2.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie.....	81
5.2.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière	82
5.2.1.3 Les autres produits.....	82
5.2.2.1 Les charges de personnel.....	83
5.2.2.2 Les charges à caractère médical	83
5.2.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général	84
5.2.2.4 Les autres charges	86
5.2.3 Évolution des produits et des charges des budgets annexes.....	86
5.2.3.1 Les produits	86
5.2.3.2 Les charges.....	87
5.2.4 Les soldes intermédiaires de gestion s'améliorent à la faveur de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie	88
5.2.4.1 La marge brute d'exploitation	88
5.2.4.2 La capacité d'autofinancement.....	89
5.2.5 La situation bilancielle	89
5.2.5.1 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie.....	89
5.2.5.2 Les restes à recouvrer dominés par les créances sur la caisse pivot et les autres tiers payants	90
5.2.5.3 Les délais de paiement fournisseurs respectent le délai réglementaire.....	92
5.2.6 Le financement de l'investissement	93
5.2.6.1 L'établissement a recours à des ressources extérieures limitées	93
5.2.6.2 Le recours à l'endettement est modéré	93
5.2.6.3 L'effort d'investissement a été couvert pour l'essentiel par la CAF nette.....	94
5.2.6.4 Le patrimoine tend à s'amoindrir	95
5.3 Des perspectives difficiles à appréhender	96
5.3.1 L'évolution des produits apparaît incertaine dans le cadre de la réforme du financement de l'activité de psychiatrie	96
5.3.2 La fixation d'office de l'EPRD 2025 par l'autorité de tutelle limite les marges de manœuvre de l'établissement	97
5.3.3 Le plan global de financement pluriannuel 2025-2029 est en suspens	97
5.3.4 Le plan pluriannuel d'investissement en cours de validation devra s'adapter aux capacités financières réelles de l'établissement.....	98
ANNEXES.....	100
Annexe n° 1. Glossaire - Signification des sigles	101
Annexe n° 2. Sectorisation psychiatrique adulte en Guadeloupe.....	105
Annexe n° 3. Sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Guadeloupe.....	106
Annexe n° 4. Cartographie des structures extra-hospitalières.....	107
Annexe n° 5. Modes et types de prise en charge des patients en psychiatrie.....	108
Annexe n° 6. Actions prévues initialement dans le PTSM	110
Annexe n° 7. Prévalence des personnes prises en charge pour trouble psychotique par département en 2022	111

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes de Guadeloupe a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Guadeloupe au titre des exercices 2020 et suivants. Il s'inscrit dans le cadre d'un chapitre du rapport public annuel (RPA) 2026 intitulé « *l'accès aux soins dans les DROM* ». L'accès aux soins peut être défini comme la capacité des personnes à bénéficier des soins utiles en temps utile et à proximité¹.

En France, selon la « *feuille de route en santé mentale* » de 2024² environ 1 658 136 personnes étaient touchés par une affection de longue durée (ALD 23) pour troubles psychiatriques en 2022³, dont 9 990 en Guadeloupe. L'offre de soins psychiatriques est essentiellement assurée par l'EPSM, qui dispose de 199 lits et 225 places. L'offre de soins reste inégalement répartie et sous-dimensionnée face aux besoins croissants, notamment pour les autistes lourds, personnes âgées et patients incarcérés.

À l'issue du deuxième confinement en 2021, l'EPSM de Guadeloupe a été confronté à une forte augmentation des demandes de prise en charge, non anticipées alors que dans le même temps, 350 mises en demeure et 150 suspensions de personnels soignants, administratifs, techniques avaient été prononcées. L'EPSM a dû adapter son organisation et redéployer le personnel pour répondre aux besoins les plus patents.

Une transformation engagée mais encore incomplète

En dépit de l'engagement pris par le nouveau projet d'établissement, la transformation de l'offre de soins reste partielle. De nombreux facteurs contraignent le pilotage de l'activité de l'EPSM (prise en charge de pathologies lourdes et complexes, part importante de soins sans consentement dans le cadre des conditions définies par la loi). Dès lors, l'optimisation des parcours de soins et la gradation de l'offre de soins constituent un enjeu majeur pour l'EPSM compte tenu de ses données d'activité.

Les durées de séjour, qui recouvrent des réalités disparates, sont plus longues que la moyenne nationale⁴, réduisant la disponibilité de lits, notamment sur la Grande Terre.

Les solutions en amont et en aval de l'hospitalisation demeurent insuffisantes. Les projets de l'EPSM ne sont pas concertés dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) et du projet territorial de santé mentale (PTSM). Ce qui n'a pas permis la définition d'une gradation de l'offre de soins avec l'ensemble des acteurs du territoire. Par ailleurs, les instances de l'EPSM ne se réunissent pas à échéances régulières.

Au surplus, la Haute autorité de santé (HAS) a relevé plusieurs dysfonctionnements : atteinte aux droits des patients, événements indésirables graves liés aux soins, ruptures du

¹ Haute Autorité de Santé - Axe : Projet de santé et accès aux soins

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf

³ 2024-07_beneficiaires-ald_points-de-repere-54_assurance-maladie.pdf

⁴ 40,5 jours en moyenne en hospitalisation complète, contre 30 jours au niveau national.

circuit du médicament. Ces constats ont conduit à un refus de certification en 2024. Cette situation est rare et ne concerne que 2 % des établissements dans l'Hexagone. Une contre visite est prévue en mars 2026.

Une attractivité améliorée des ressources humaines au prix de dépenses importantes

L'établissement emploie près de 939,29 équivalent temps plein (ETP), dont 59,62 médecins en 2024. Les charges de personnel ont augmenté fortement (+ 6,5 %/an), portées par des revalorisations salariales et des recrutements pour répondre aux besoins. L'attractivité médicale repose surtout sur le recours accru à des contractuels (37 % en 2024), aux salaires élevés mais sans évaluation systématique des objectifs fixés. La masse salariale est passée de 59 M€ à 76 M€ entre 2020 et 2024.

La gestion des ressources humaines reste structurellement fragile : absence de rapport social unique, lignes directrices de gestion non mises à jour, coexistence de deux accords locaux toujours en vigueur, générant des inégalités internes (jours fériés, temps de travail, régime d'astreinte). Sur le versant relatif au personnel non médical (+ 10,6 % entre 2020 et 2024), les effectifs ont été renforcés dans les services administratifs et médico-sociaux alors que des tensions subsistent dans certains métiers (orthophonistes, psychomotriciens...).

L'établissement ne respecte pas la réglementation en matière de temps de travail et d'indemnités de garde.

Une situation financière en trompe l'œil

Les charges ayant progressé plus rapidement que les produits entre 2020 et 2022, les résultats se sont dégradés. En 2023, la tendance s'inverse grâce à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, améliorant ainsi les résultats. Le taux de marge brut, jusque-là insuffisant, atteint 8,6 %, plaçant l'établissement au-dessus de la moyenne nationale (6,9 % en 2023). Ce taux chute à 3,2 % en 2024 en raison de la forte augmentation des charges nettes de gestion, qui passent de 85,41 M€ en 2023 à 94,03 M€.

La capacité d'autofinancement nette couvre une part importante des investissements et l'EPSM de Guadeloupe dégage une trésorerie suffisante pour pourvoir à ses besoins courants. L'endettement reste maîtrisé.

Cependant, une insuffisance d'anticipation de la réforme de la psychiatrie complexifiée par un dialogue sous tension avec l'autorité de tutelle rend les perspectives budgétaires et financières de l'établissement difficiles à appréhender.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses de 2025 a été fixé d'office par le directeur général de l'Agence régionale de santé, limitant les marges de manœuvre de l'EPSM. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) présenté par l'établissement pour la période 2025-2029 n'est pas validé. Le plan pluriannuel d'investissement, partie intégrante du PGFP, prévoit la réalisation de travaux importants dont le financement est fortement tributaire des aides extérieures et de la capacité d'emprunt de l'établissement.

RECOMMANDATIONS

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

Recommandations (régularité)

	Mise en œuvre complète	Mise en œuvre partielle	Non mise en œuvre	Devenue sans objet	Page
Recommandation n° 1 : réunir le conseil de surveillance au moins quatre fois par an conformément à l'article R. 6143-11 du code de la santé publique.			X		38
Recommandation n° 2 : réunir le directoire formé de manière régulière au moins 8 fois par an conformément à l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique.			X		39
Recommandation n° 3 : formaliser l'organisation de l'établissement par la conclusion des contrats de pôle et l'élaboration des projets de pôle prévus par les articles R. 6146-8 à 9-2 du code de la santé publique.		X			41
Recommandation n° 5 : établir un règlement intérieur de l'établissement conformément aux dispositions des articles L. 6143-7, L. 6143-1, R. 6144-1 du code de la santé publique et 36 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé.			X		46
Recommandation n° 6 : formaliser les règles de coopération effectives avec le CH de Basse-Terre pour assurer le bon fonctionnement du circuit du médicament, comprenant un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse conformément à l'arrêté du 6 avril 2011.		X			48
Recommandation n° 7 : respecter la règle des 1 607 heures (ou 1 582 ou 1 476 heures en fonction du régime applicable) pour le temps de travail annuel des agents, conformément aux articles 47 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 mettant fin aux dérogations en la matière et 1 du décret modifié n° 2002-9 du 4 janvier 2002.			X		54
Recommandation n° 8 : produire un rapport social unique (RSU) conformément aux dispositions de l'article L. 231-1 du code général de la fonction publique.			X		55
Recommandation n° 9 : respecter les conditions d'octroi des avantages logement pour nécessité absolue de service et de l'indemnité compensatrice de logement prévues par l'article L. 721-4 du code de la santé publique.			X		64
Recommandation n° 10 : produire, en lien avec le comptable public, l'inventaire physique des immobilisations hospitalières en concordance avec l'état de l'actif en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 07/11/2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.		X			73
Recommandation n° 11 : procéder aux dotations aux provisions réglementaires conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 et de l'article 57 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.			X		77

Recommandations (*performance*)

	Mise en œuvre complète	Mise en œuvre partielle	Non mise en œuvre	Devenue sans objet	Page
Recommandation n° 4 : <i>mettre en place de manière effective les actions définies par le projet territorial de santé mentale qui incombent à l'EPSM.</i>		X			45

PROCÉDURE

Par arrêté n° 2025-03 fixant le programme des travaux de la chambre pour l'année 2025, le contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement public de santé mentale de Guadeloupe portant sur les exercices de 2020 à nos jours, a été inscrit au programme de la chambre régionale des comptes de la Guadeloupe.

Ce contrôle est inscrit dans le champ d'une enquête de la Cour des comptes sur la santé mentale dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), en vue d'une insertion au rapport public de la Cour des Comptes pour 2026.

L'ordonnateur en fonction, Mme Ida JHIGAI a été avisée de l'ouverture du contrôle des comptes et de la gestion par courrier le 2 janvier 2025, notifié le 6 janvier 2025.

Une lettre d'ouverture a été également adressée le 24 janvier 2025 au précédent ordonnateur, couvrant la période de contrôle allant du 1^{er} janvier 2020 au 31 août 2022, ainsi qu'à l'ordonnateur par intérim du 1^{er} septembre 2022 au 30 décembre 2022. Les entretiens de début de contrôle se sont tenus le 3 avril avec l'ordonnateur et l'ordonnateur par intérim et le 10 avril avec le précédent ordonnateur.

L'entretien de fin d'instruction prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières s'est déroulé le 12 mai 2025 avec l'ordonnateur en fonctions, le 13 mai avec le précédent ordonnateur et le 15 mai avec l'ordonnateur par intérim.

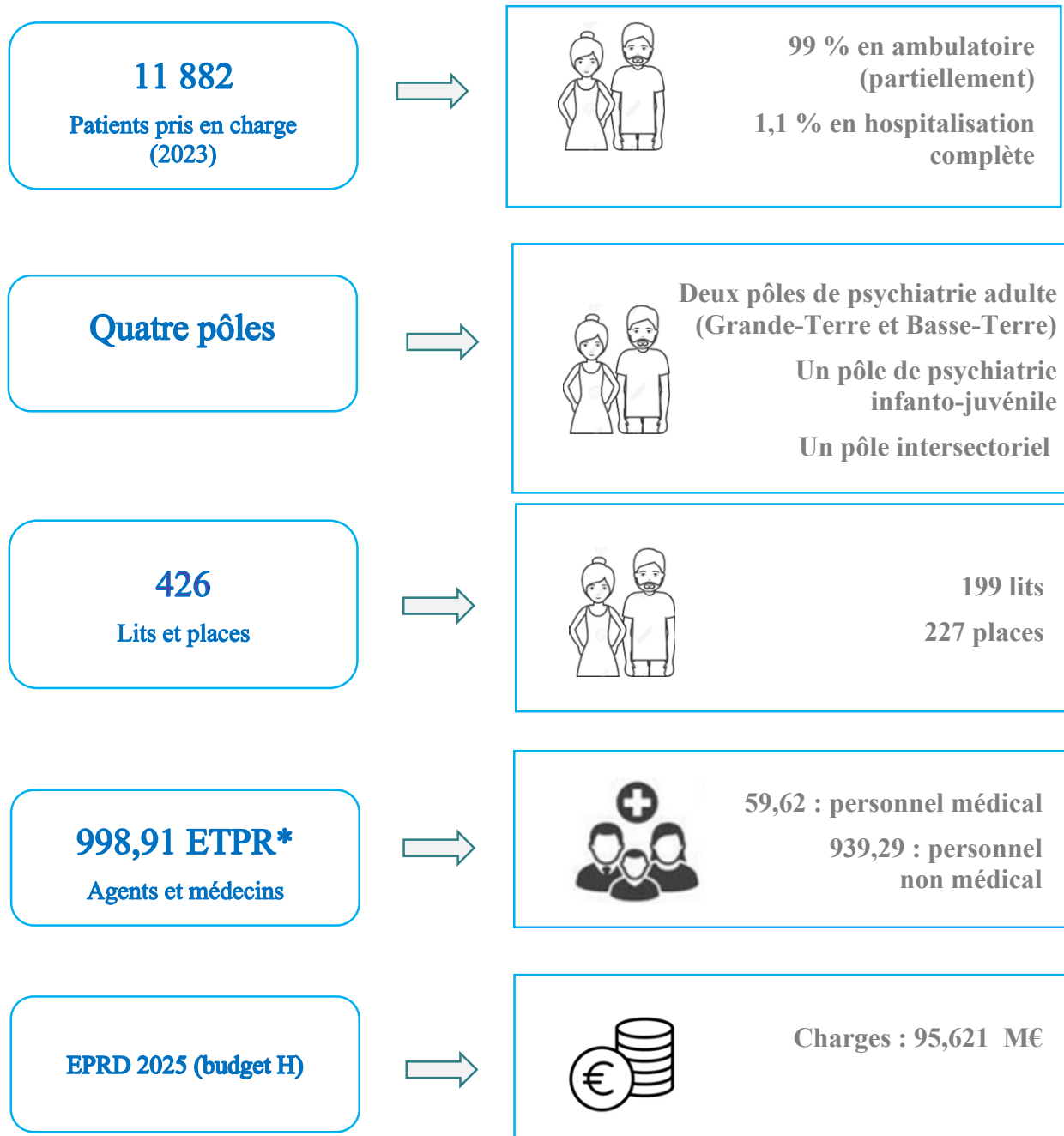
La chambre, dans sa séance du 12 juin 2025, a arrêté ses observations provisoires. Elles ont été communiquées aux ordonnateurs en fonction sur la période contrôlée (qui en ont accusé réception respectivement le 29 juillet 2025 pour Mme JHIGAI, le 1^{er} août pour M. FAUSTA, le 18 août pour M. BOUCHAUT). Mme JHIGAI a fait part de ses observations le 29 août 2025. M. FAUSTA n'a pas répondu. M. BOUCHAUT a répondu le 12 septembre.

Le rapport a également été adressé au préfet qui en a accusé réception le 30 juillet, au comptable public qui a répondu le 31 juillet 2025, à la Direction de l'écologie de l'aménagement et du logement de la Guadeloupe (DEAL) qui en a accusé réception le 31 juillet et à l'Agence régionale de santé (ARS) qui a répondu le 5 septembre. Des extraits ont été adressés à quatre membres de l'équipe de direction qui ont répondu respectivement le 27 août pour la première et le 29 août pour les autres. Un extrait a également été adressé à une société civile immobilière le 29 juillet qui a répondu le 29 août.

La chambre régionale des comptes a délibéré sur ses observations définitives lors de sa séance du 17 octobre 2025.

1 L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EN GUADELOUPE

LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT



**ETPR : équivalent temps plein rémunéré (données transmises par l'établissement le 31 mars 2025)*

Source : chambre régionale des comptes (CRC) de Guadeloupe d'après les données de l'établissement

1.1 Un territoire de santé marqué par une population vieillissante et précaire

L'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Guadeloupe assure la prévention, l'hospitalisation et le suivi dans le domaine de la santé mentale pour la population de Guadeloupe (375 845 habitants au 1^{er} janvier 2023)⁵.

La population de Guadeloupe diminue de manière continue depuis plusieurs années. En 2022, elle a enregistré un solde naturel légèrement positif (+177 naissances de plus que de décès), mais insuffisant pour compenser les pertes migratoires. Elle se classe au troisième rang des régions françaises, derrière la Corse et la Martinique, pour la plus faible part de jeunes de moins de 25 ans, qui représentaient 28 % de la population au 1^{er} janvier 2023, contre 33 % dix ans plus tôt⁶. Cette baisse s'explique principalement par le départ des jeunes vers l'Hexagone, principalement pour poursuivre leurs études ou accéder à l'emploi.

En raison de cette double dynamique démographique — faible solde naturel et solde migratoire fortement déficitaire —, la Guadeloupe est aujourd'hui la deuxième région française⁷ où la part des personnes âgées de plus de 60 ans est la plus élevée, atteignant 33 % en 2025, contre 23 % en 2015. Dans ce contexte, l'archipel perd environ 0,6 à 0,8 % de sa population chaque année⁸, ce qui représente entre 2 500 et 3 000 habitants en moins par an⁹.

34 % des adultes guadeloupéens ont présenté, présentent ou présenteront des troubles psychiques¹⁰ au cours de la vie, contre 32 % dans l'Hexagone. Ce taux varie fortement en fonction des inégalités sociales et du niveau de précarité. Ainsi, cette proportion s'élève à 51 % chez les personnes aux revenus inférieurs à 534 €, à 44 % pour les jeunes de 18-29 ans, à 39 % pour les personnes isolées célibataires, à 38 % pour les personnes de niveau scolaire primaire, à 36,5 % pour les chômeurs, à 35 % pour les femmes.

La Guadeloupe présente également des indicateurs socio-économiques défavorables.

⁵ Chiffres Insee au 01/01/2023. En 2022, les naissances et les décès baissent en Guadeloupe, la population continue de vieillir - Insee Flash Guadeloupe - 190

⁶ CP Bilan démo 971 2023

⁷ Deuxième derrière la Martinique.

⁸ Chiffres au 1^{er} janvier 2021 - Insee Flash Guadeloupe - 194

⁹ IEDOM-Rapport d'activité 2021-Guadeloupe (34/246)

¹⁰ Le trouble psychique se caractérise, selon l'OMS en 2022, par « une altération sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Il s'agit de troubles anxieux, bipolaires, post-traumatiques, de l'alimentation, neurodéveloppementaux, dépression, comportements perturbateurs dyssociaux ».

¹¹ ORSaG_santé mentale en generale en guadeloupe images et réalités sectorisation pshychiatrique samrs 2017.pdf Enquête « santé mentale en population générale en Guadeloupe images et réalités », centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la santé mentale et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

**Tableau n° 1 : un niveau de revenu médian 2021
largement inférieur à la moyenne nationale – en €**

	Revenu médian annuel
France	23 000
Martinique	19 770
Guadeloupe ¹²	15 770

Source : Insee

La Guadeloupe est marquée par un taux de chômage de 18,7 %¹³, plus de deux fois supérieur à la moyenne hexagonale. Les indicateurs de précarité en Guadeloupe mettent en avant des niveaux plus élevés que dans l'Hexagone : 76 000 personnes bénéficient du revenu de solidarité active, soit un taux de 19,84 %¹⁴, triple de la moyenne nationale¹⁵.

1.2 Une offre de soins en santé mentale structurée par l'établissement public de santé mentale

1.2.1 Le rôle majeur de l'établissement public de santé mentale sur le territoire

L'EPSM assure l'intégralité de l'offre de soins en psychiatrie publique sur le territoire de la Guadeloupe. Il dispose d'environ 199 lits¹⁶ et 227 places¹⁷ répartis sur trois sites d'hospitalisation complète (Saint-Claude, Pointe-à-Pitre et Les Abymes). À cette offre d'hospitalisation s'ajoutent les 52 lits des cliniques privées, dont 39 lits et 5 places à la clinique de l'Espérance¹⁸ et 22 lits à la clinique des Eaux vives¹⁹.

Le nombre de lits installés en psychiatrie pour 100 000 habitants sur le territoire guadeloupéen (63) est inférieur de 22 % par rapport à la moyenne nationale (81). Le nombre de places en psychiatrie en Guadeloupe (47) est sensiblement identique à la moyenne nationale (45).

¹² Données issues de l'enquête « budget de famille » 2017.

¹³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010751337>, chômage en Guadeloupe au 3^{ème} trimestre 2024.

¹⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7709424>

¹⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2033%20-%20Les%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20du%20revenu%20de%20solidarit%C3%A9%20active%20%28RSA%29.pdf>

¹⁶ Le lit désigne une capacité d'accueil pour une durée de 24 heures au moins pour un patient présent à minuit dans l'établissement.

¹⁷ Une place désigne une capacité d'accueil en hospitalisation partielle de jour ou de nuit pour une durée inférieure à 24 heures.

¹⁸ <https://reseauprosante.fr/groupe/clinique-de-l-esperance-abyme-97139-abymes-en-guadeloupe-en-oultre-mer-groupe-kapa-sante-5057>

¹⁹ <https://www.guidedesdemarches.com/SANTE/les-nouvelles-eaux-vives-2738.htm>

Tableau n° 2 : nombre de lits et places installées pour 100 000 habitants au 31 décembre 2020

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	265	248	254	249	131	296
	Psychiatrie	63	81	36	49	4	81
	SSR	177	149	50	93	0	156
	SLD	39	38	10	10	0	46
Places	MCO	59	40	31	38	16	51
	Psychiatrie	47	25	15	19	0	45
	SSR	46	16	26	56	0	23

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2020.

Source : les établissements de santé en 2021, les Dossiers de la DREES, n° 111 - juillet 2023

1.2.2 Des soins variés avec une gradation des modalités de prise en charge psychiatrique²⁰

L'organisation des soins en secteur

L'activité psychiatrique s'exerce par secteur²¹. Ce dernier correspond à l'aire territoriale au sein de laquelle l'offre de soins de proximité est proposée. Sur chacun des secteurs, des hôpitaux publics ou privés d'intérêt collectif (ESPIC, secteur non lucratif), sont chargés d'organiser le parcours des patients domiciliés sur leur territoire, en gérant l'hospitalisation mais aussi une multitude de services dits « *hors les murs* » comme les centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les appartements thérapeutiques. Les hôpitaux privés à but lucratif ne sont pas assujettis à cette obligation. Les soins en urgence ne sont pas sectorisés.

Ainsi, l'organisation de la prise en charge des patients a vocation à différencier au plus tôt les troubles légers ou modérés, comme la plupart des troubles dépressifs et anxieux, des troubles sévères, comme par exemple les troubles psychotiques, dont les schizophréniques ou les troubles bipolaires. Par ailleurs, il est également nécessaire de différencier les patientèles suivant les classes d'âge afin d'identifier les besoins de soins spécifiques à mettre en œuvre.

1.2.2.1 Les trois sites d'hospitalisation complète

L'EPSM occupe un rôle majeur et structurant dans l'offre de soins psychiatrique du territoire. Il est né le 1^{er} avril 2018, de la fusion des activités de psychiatrie du centre hospitalier de Montéran, situé en Basse-Terre, et des pôles psychiatrie adultes et enfants et adolescents du

²⁰ Annexe 5

²¹ La circulaire du 15 mars 1960 a découpé le territoire national en aires géographiques au sein desquelles est mise à disposition une offre de soins psychiatriques par une même équipe médico-sociale assurant les soins intra et extra-hospitaliers pour la prévention et le traitement des troubles mentaux. Un secteur regroupe en moyenne 70 000 habitants. La circulaire n° 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies a instauré l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile regroupant en moyenne 200 000 habitants par inter-secteur, soit 40 à 50 000 enfants de 0 à 16 ans.

centre hospitalier universitaire de Guadeloupe (CHUG), localisés dans l'enceinte de l'actuel CHUG en Grande-Terre.

Pour accomplir sa mission, l'EPSM s'appuie sur trois sites d'hospitalisation, répartis à Saint-Claude (Montéran), à Pointe-à-Pitre, sur le site du CHU, et aux Abymes, dénommé « *La Passerelle* », service transitoire ayant pour objectif la réinsertion des patients stabilisés.

L'organisation des soins repose sur la notion de secteur²². Elle garantit les principes de proximité, d'égalité d'accès aux soins et leur continuité. Ainsi, l'offre de soins s'articule autour de :

- six secteurs de psychiatrie générale²³ compétents pour la population adulte ;
- deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile²⁴ pour les enfants et adolescents jusqu'à 17 ans (I01 pour la Basse-Terre et I02 et pour la Grande-Terre).

Les six secteurs des soins adultes en psychiatrie générale sont organisés de la façon suivante : 194 lits d'hospitalisation répartis sur les sites de Pointe-à-Pitre et de Saint-Claude. Toutefois, le rapport d'activité 2023 de l'établissement note que cette capacité reste théorique en raison de 20 chambres qui ne sont pas opérationnelles ;

Les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile recouvrent :

- 5 lits d'hospitalisation ;
- 1 place d'hôpital de nuit ;
- 2 places d'accueil familial thérapeutique (AFT).

Tableau n° 3 : comparatif des capacités d'hospitalisation complète entre la Guadeloupe, la Martinique et l'Hexagone

<i>Indicateur</i>	Guadeloupe	Martinique	Hexagone
<i>Lits psychiatriques / 100 000 hab.</i>	63	81	81
<i>Séjours psychiatriques / 100 hab.</i>	0,5	0,5	0,8
<i>Durée moyenne séjour psy (jours)</i>	40,5	45,1	30,8

Source : les établissements de santé en 2021, les Dossiers de la DREES, n° 111 - juillet 2023

La Guadeloupe dispose d'une capacité d'hospitalisation complète moins développée que celle existant dans l'Hexagone. Toutefois, si elle connaît moins de séjours psychiatriques par habitant, ceux-ci sont plus longs que la moyenne nationale.

²² Conformément à la circulaire du 15 mars 1960

²³ Annexe 2

²⁴ Annexe 3

1.2.2.2 Les structures alternatives à l'hospitalisation complète

L'EPSM dispose de structures alternatives à l'hospitalisation complète. Trente-sept sites extrahospitaliers sont répartis sur l'ensemble du territoire^{25 26}.

Chaque secteur se compose d'une équipe pluriprofessionnelle qui assure une prise en charge des patients à temps complet dans des unités d'hospitalisation et aussi dans les agglomérations du secteur où sont implantées diverses structures alternatives. Au total, l'EPSM comprend 16 CMP adultes, 10 CATTP, 7 CMP infanto-juvéniles, 4 hôpitaux de jour (HDJ).

L'offre ambulatoire est composée de la façon suivante :

- 123 places en HDJ adultes et 58 places pour les enfants et les adolescents²⁷ ;
- 20 places réparties entre les 10 CATTP pour les adultes et 2 places pour les enfants et les adolescents ;
- 12 places d'AFT pour les adultes et 2 places pour les enfants et les adolescents ;
- 6 places d'hôpital de nuit pour les adultes et une place pour les adolescents ;
- 5 places d'appartement thérapeutique (AT).

L'EPSM ne propose pas d'accueil autonome des urgences psychiatriques au sein de l'établissement. Elles sont réalisées par les services des urgences d'hôpitaux généraux (CHU ou au centre hospitalier de Basse-Terre, CHBT), où ses psychiatres et infirmiers interviennent au sein :

- d'un service de psychiatrie de liaison installé dans les locaux du CHBT ;
- d'une unité d'hospitalisation de courte durée installée dans les locaux du CHU pour les accueils de crise.

Tableau n° 4 : comparatif des places en psychiatrie entre la Guadeloupe, la Martinique et l'Hexagone

<i>Indicateur</i>	Guadeloupe	Martinique	Hexagone
<i>Places psychiatriques (ambulatoire) / 100 000 habitants</i>	48 ²⁸	25	45

Source : les établissements de santé en 2021, les Dossiers de la DREES, n° 111 - juillet 2023

La Guadeloupe dispose d'une capacité d'hospitalisation partielle légèrement supérieure à la moyenne hexagonale.

²⁵ Rapport d'activité 2023 de l'EPSM.

²⁶ Annexe 4

²⁷ Rapport d'activité 2023 de l'EPSM.

²⁸ Sources DREES, citées précédemment. Le ratio s'obtient en comptabilisant l'ensemble des places en hôpital de jour (181) et en les divisant par la population de la Guadeloupe en 2023 (375 845 habitants).

1.2.2.3 L'offre médico-sociale

Quatre types d'établissements médico-sociaux complètent l'offre de soins :

- le centre de ressources en autisme (CRA), situé à Baie-Mahault, qui accueille tous les publics concernés par l'autisme et les autres troubles envahissants du développement (enfants, adultes, familles et associations de familles, professionnels de santé, tout organisme intervenant dans ce domaine) ;
- un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie généraliste (CSAPA-G) sur les sites de Basse-Terre et Sainte-Rose, qui intervient dans la prévention, l'information et l'orientation des personnes souffrant d'une conduite addictive, ainsi que dans l'accompagnement de leurs proches. L'accompagnement du CSAPA-G s'étend à la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative des patients, ainsi que la prescription et le suivi de traitements de substitution ;
- deux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), respectivement situés à Basse-Terre et à Pointe-à-Pitre, qui accueillent en ambulatoire des enfants de 0 à 6 ans, avec pour missions : le dépistage, le diagnostic, le traitement et la rééducation des jeunes enfants en situation de handicap (sensoriel, mental, moteur, etc.) avant leur entrée à l'école ;
- trois antennes ouvertes de la maison des adolescents respectivement situées aux Abymes, à Basse-Terre, et au Moule.

1.2.2.4 Une liberté de choix favorisée par le développement de structures intersectorielles

La plupart des structures hospitalières et des structures alternatives sont sectorisées et ont vocation à accueillir principalement les patients résidant dans le secteur concerné. Comme précisée par la direction, les patients sont libres de choisir leur lieu de prise en charge. Toutefois, une limite s'impose en cas d'hospitalisation d'office.

Parallèlement aux structures sectorisées, l'établissement a développé une organisation permettant de prendre en charge des pathologies ou des patientèles²⁹ particulières, pour lesquelles la réponse ne peut relever d'un seul secteur géographique. Il a ainsi institué des dispositifs spécifiques, dénommés inter-secteurs.

Depuis janvier 2025, l'inter-secteur adulte de l'EPSM constitue un pôle qui comprend les urgences, la médecine légale, les dispositifs de prévention du suicide, les équipes mobiles de psychiatrie précarité.

L'intersecteur Enfant et Adolescent est un service du pôle de psychiatrie enfant et adolescent qui comprend les équipes mobiles adolescents (EMADO), la psychiatrie de liaison et la périnatalité.

²⁹ Exemples : parent-bébé, pathologies addictives, personnes âgées, patients chroniques...

1.2.3 Une présence largement inférieure à la moyenne nationale de psychiatres libéraux et une pénurie de pédopsychiatres libéraux

En 2021, en Guadeloupe, la densité de psychiatres libéraux était deux fois inférieure au niveau hexagonal. La pénurie est encore plus évidente pour les pédopsychiatres libéraux, puisqu'il n'en existait aucun sur le territoire guadeloupéen au moment du contrôle.

Tableau n° 5 : la densité de psychiatres pour 100 000 habitants sur le territoire

Indicateur	Guadeloupe	Martinique	Hexagone
Densité de psychiatre libéraux en 2021	13,7	16,8	23,5

Source : observatoire régional de la santé de Guadeloupe en 2021³⁰, Atlas de la démographie médicale 2022 pour les chiffres de la Martinique en 2021.

Tableau n° 6 : la densité de pédopsychiatres libéraux pour 100 000 habitants sur le territoire

Indicateur	Guadeloupe	Martinique	Hexagone
Densité de pédopsychiatres libéraux en 2023	0,0	0,0	0,3

Source : atlas de la démographie médicale 2024³¹

Par ailleurs, la répartition des infirmiers libéraux met en évidence une densité relativement importante dans le Nord Grande Terre³² et sur la Côte sous-le-vent³³. Les densités en orthophonistes, psychomotriciens et ergothérapeutes sont en revanche faibles.

1.3 Les spécificités des besoins en soins psychiatriques sur le territoire

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un citoyen européen sur quatre est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie³⁴.

1.3.1 La prévalence des pathologies psychiatriques

9 990 patients guadeloupéens sont touchés par des troubles psychiatriques de longue durée (ALD 23), soit 2,62 % de la population. La répartition de ces troubles par genre est légèrement différente de la moyenne nationale. Elle s'établit pour les hommes à 2 638 pour

³⁰ Demographie_Professionnels_Sante_2021_Vf.pdf

³¹ cnom_atlas_demographie_2024_-tome_2.pdf

³² Morne-A-l'Eau, Petit-Canal, Anse-Bertrand, Port-Louis, Le Moule, La Désirade, Saint-François

³³ Pointe Noire, Bouillante, Vieux-Habitants, Baillif, Basse-Terre, Saint-Claude, Gourbeyre

³⁴ Cadre d'action européen de l'OMS pour la santé mentale 2021-2025 et la nouvelle coalition pour la santé mentale.

100 000 habitants contre 2 321 pour 100 000 habitants dans l'Hexagone. Elle s'élève pour les femmes à 2 316 pour 100 000 habitantes en Guadeloupe contre 2 580 pour 100 000 habitantes en moyenne nationale³⁵.

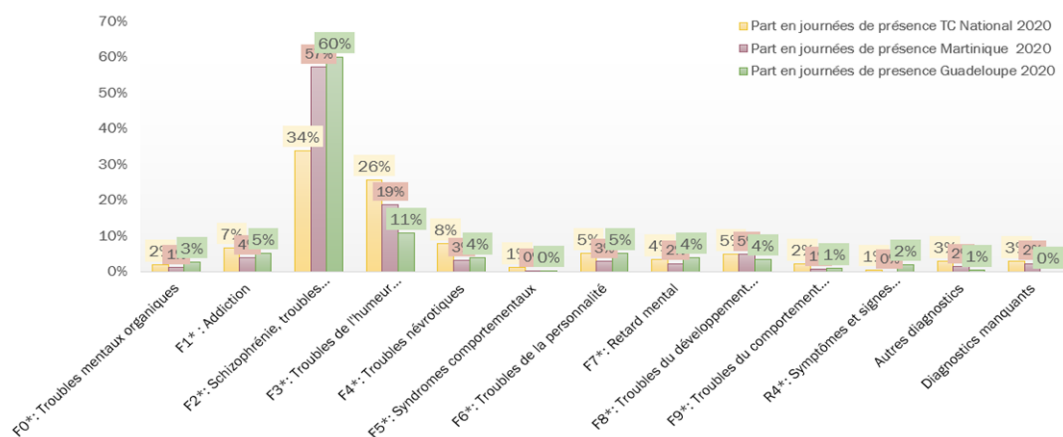
1.3.2 Les déterminants territoriaux des troubles mentaux

Les difficultés socio-économiques ont des conséquences en matière de prévalence d'affections de santé mentale dans le département³⁶. Elles constituent notamment un terreau propice au stress, à l'anxiété et à la dépression. De fait, la prévalence des symptômes dépressifs diminue avec l'élévation du niveau d'études et des revenus, et avec de meilleures conditions de vie (logement adapté, activité physique régulière, alimentation saine). En Guadeloupe, les indicateurs suggèrent une vulnérabilité accrue : un Antillais sur six présente des symptômes dépressifs, contre un sur dix dans l'Hexagone³⁷.

1.3.3 Les caractéristiques du recours aux soins psychiatriques

Le taux de recours à l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie est 30 % inférieur à la moyenne nationale, tandis que le recours en ambulatoire est similaire³⁸. Les motifs d'hospitalisation en psychiatrie sont codés par les départements d'information médicales (DIM) des établissements psychiatriques. Les journées de présence hospitalière varient suivant le diagnostic principal.

Graphique n° 1 : répartition des journées de présence hospitalière par type de diagnostic et par zone géographique



³⁵<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/beneficiaires-du-dispositif-des-affections-de-longue-duree-alld/#/resources/8471edf3-7072-41a5-aa08-35a55d70f025>

³⁶ Annexe 6

³⁷ Un antillais sur six souffre de symptômes de dépression - Insee Flash Guadeloupe - 156

³⁸ Fiche 13 - Les patients suivis en psychiatrie.pdf

Source : rapport d'activité DIM³⁹ (département d'information médicale) 2023 Martinique, comparant les motifs d'hospitalisation psychiatrique en Martinique et en Guadeloupe.

La schizophrénie et les troubles schizotypiques et troubles délirants (F2*) représentaient, en 2020, 57 et 60 % des motifs d'hospitalisation psychiatriques respectivement en Martinique et en Guadeloupe contre 30 % dans l'Hexagone.

1.4 Une transformation en cours de l'offre de soins rendue nécessaire par de forts besoins non pris en compte

1.4.1 Une adaptation de l'offre aux besoins du territoire à améliorer

1.4.1.1 Une offre des lits d'hospitalisation inférieure à la moyenne nationale et inégalement répartie sur le territoire

L'offre de soins d'hospitalisation se caractérise par une organisation géographique excentrée, la majorité des lits étant situés sur le site de l'établissement à Saint-Claude.

Les données étudiées ci-dessous révèlent une sous dotation de l'offre hospitalière (lits et places confondus) sur l'ensemble du territoire par rapport au territoire hexagonal, avec une disparité importante entre Basse-Terre et Grande-Terre, aussi bien pour les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent que pour l'adulte. Le nombre de lits sur la Basse-Terre est supérieur au nombre de lits sur la Grande-Terre alors que le nombre d'habitants est inférieur.

1.4.1.2 Une insuffisance de foyers d'accueil médicalisé

La Guadeloupe souffre d'un manque de places en foyer d'accueil médicalisé (FAM)⁴⁰. En 2021, elle comptait deux FAM ou établissements d'accueil médicalisé (EAM) pour adultes en situation de handicap, offrant un total de 40 places en accueil de jour. Cela représente un taux d'équipement de 27 places pour 100 000 habitants⁴¹.

³⁹ Le département d'information médicale a pour mission l'élaboration du recueil d'information médicale psychiatrie (RIM-P) et du traitement de la tarification à l'activité pour l'addictologie.

⁴⁰ Les FAM proposent à des adultes gravement handicapés un hébergement et un accompagnement pour réaliser les actes essentiels de la vie courante (se nourrir, s'habiller...) ainsi qu'une surveillance médicale et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie. Tandis que les maisons d'accueil spécialisée (MAS) proposent un hébergement permanent, des soins médicaux et des activités de vie sociale. Les MAS accueillent des personnes plus dépendantes qu'en FAM.

⁴¹https://orsag.fr/wp-content/uploads/2023/10/VF2_PRINT_Le_Handicap_en_Guadeloupe_2023.pdf

La France hexagonale disposait de 32 000 places en FAM en 2022. Ce qui correspond à un taux d'équipement de 48 places pour 100 000 habitants.⁴² Ainsi, l'offre en FAM est inférieure de 44 % en Guadeloupe par rapport à la France hexagonale, indiquant une moindre accessibilité à ce type d'hébergement médicalisé.

À titre de comparaison, la Martinique, avec une population moins nombreuse, compte 3 FAM pour une capacité totale de 126 places installées, dont 116 utilisées de façon permanente⁴³.

1.4.1.3 L'absence d'unité hospitalière spécialement aménagée complique la prise en charge des patients incarcérés

Les troubles psychiatriques les plus fréquents des détenus sont les troubles psychotiques (schizophrénie) de la personnalité, du comportement et des conduites, la dépression en phase maniaque et la crise suicidaire⁴⁴. En 2023, le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire a recensé une file active⁴⁵ de 1 031 personnes, dont 22 ont bénéficié d'une hospitalisation de jour.

L'EPSM dispose d'unités de consultation et de soins psychiatriques implantées à la maison d'arrêt de Basse-Terre et le centre pénitentiaire de Baie-Mahault. Par ailleurs, l'espace psycho-légal⁴⁶ devrait administrer des soins et des évaluations aux individus impliqués dans des affaires judiciaires. La chambre a constaté sur place que celui-ci ne fonctionnait pas et que les locaux étaient fermés. Ce dernier aurait permis d'assurer le suivi d'une personne détenue sortante. Cette solution n'est cependant possible que si la date de sortie est connue assez tôt, les sorties anticipées constituant donc une difficulté.

La chambre s'est également rendue au centre pénitentiaire de Baie-Mahault, où l'hospitalisation de jour des détenus est assurée dans ses services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Lors des entretiens tenus sur site, elle a été alertée au sujet des difficultés dans le circuit du médicament, pouvant occasionner des ruptures de traitement.

L'absence d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sur le territoire de la Guadeloupe et des Iles du Nord a pour conséquence l'hospitalisation systématique des détenus à l'EPSM de la Guadeloupe, quand le besoin d'hospitalisation complète est recommandé. Ce sont ainsi 39 patients détenus qui ont été hospitalisés en 2022, puis 27 en 2023 et 70 en 2024.

⁴² Cour des Comptes, L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, cahier territorial de la Martinique, octobre 2023. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230913-personnes-handicapees-vieillissantes-monographie-Martinique_0.pdf

⁴³ Cour des Comptes, L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, cahier territorial de la Martinique, octobre 2023. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230913-personnes-handicapees-vieillissantes-monographie-Martinique_0.pdf

⁴⁴ Etude sur la santé mentale en population carcérale sortante dans les départements d'Outre-Mer a été menée par la fédération régionale de recherche et psychiatrie et santé mentale des hauts de France en novembre 2021.

⁴⁵ La file active mesure le volume de patients uniques pris en charge par le service (hospitalisation de jour, consultation, soins...) pendant l'année civile.

⁴⁶ L'EAPL propose des consultations de psychiatrie et psychologie légales hors milieu pénitentiaire, à destination des anciens détenus à leur sortie de prison et des familles de détenus pendant l'incarcération. <https://amh-guadeloupe.com/les-7-questions-de-la-semaine-interview-n35-s-ametis>

Au sein de l'EPSM, il y a levée de la détention mais pas de l'écrou. De ce fait, l'établissement hospitalier devient responsable du maintien en « *incarcération* » du patient détenu alors même que les locaux ne sont pas prévus pour cela. Régulièrement, l'établissement doit faire face aux fugues des patients détenus.

1.4.1.4 Le manque d'unité pour malades difficiles dans l'arc antillais nuit à la pertinence de l'offre de soins

Lorsque l'EPSM est confronté à des patients dit « *difficiles* », en raison de la violence pour eux ou pour les personnels, un transfert peut être demandé vers une unité pour malade difficile (UMD).

Dix UMD existent, mais uniquement en France hexagonale⁴⁷. Elles accueillent des patients ayant des troubles psychiatriques présentant des risques pour eux-mêmes ou autrui et incompatibles avec une hospitalisation en secteur conventionnel ou en secteur carcéral en cas de condamnation associée. Des patients reconnus pénalement irresponsables peuvent aussi être pris en charge en UMD.

L'éloignement géographique complique ces transferts des patients de l'EPSM de Guadeloupe, avec la nécessaire mobilisation d'un médecin et de deux infirmiers lors des déplacements. Par ailleurs, ces transferts sont parfois refusés ou nécessitent des délais d'acceptation très longs. Ils peuvent également nécessiter la présence d'escorte policière ou de gendarmerie s'il s'agit d'un patient détenu en attente de procès. Ce qui a pour effet de rallonger la procédure de transfert sanitaire.

Un projet accueillant une UMD est actuellement porté par le centre hospitalier Maurice Despinoy, de Martinique. Cette proposition est soutenue par les Agences régionales de santé (ARS) de Guadeloupe et de Martinique.

Par ailleurs, l'ordonnateur a indiqué « *avoir demandé au ministère la création d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) en Guadeloupe* ».

1.4.2 Des filières de soins insuffisamment dotées ou organisées

1.4.2.1 Les structures disponibles peinent à répondre aux besoins des autistes lourds

Si l'EPSM dispose d'un centre de ressources autisme (CRA) qui forme la plupart des professionnels du territoire, il n'intervenait pas systématiquement à l'EPSM pour assurer la formation des soignants et pour aider à gérer les cas complexes. Cette démarche nécessaire,

⁴⁷ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (<https://www.f2rsm psy.fr/fichs/30633.pdf>).

encouragée par la mesure n° 12 du plan national « *autisme 2023-27* »⁴⁸, n'est encore qu'imparfaitement effectuée selon les constats de la direction.

En effet, selon l'ordonnateur, l'EPSM accueille annuellement « *plus de 20 patients qui sont considérés comme des patients stagnants parce que ne nécessitant pas de soins aigus mais n'ayant pas d'autres solutions de prise en charge faute de structure. Parmi ces 20 patients près de la moitié présenterait un syndrome autistique. La prise en charge se fait en routine sans que les experts du CRA ne soient sollicités pour proposer un programme de prise en charge personnalisé* ».

Les missions spécifiques du CRA d'accueil, d'orientation et de bilan sont marquées par des délais d'attente longs. En effet, il fallait 326,8 jours en moyenne en 2024 pour obtenir le bilan et la restitution écrite.

L'atteinte de ces objectifs n'est pas facilitée par les conditions d'exercice. Lors de la visite sur le site du CRA, la chambre a pu constater que les locaux étaient exigus. L'ancien ordonnateur formule le diagnostic suivant à ce sujet : « *Les locaux occupés à Jarry sont inadéquats (vétustes, des problèmes de copropriété avec des indisponibilités fréquentes de l'ascenseur, des problèmes d'assainissement, de stationnement, des locaux trop petits pour l'effectif existant, des conditions d'accueil du public dégradées, pas assez d'espace pour certaines missions telles que l'information et pas de possibilité d'évolution pour une équipe très/trop restreinte etc.)* ».

En outre, la prise en charge et l'orientation des patients autistes et de leurs familles se heurte au manque de structures médico-sociales détaillé précédemment. Cela a conduit des autistes lourds adolescents à s'expatrier afin de bénéficier d'un suivi médical en raison de l'engorgement des filières dédiées sur le territoire guadeloupéen. À titre d'exemple, la dirigeante d'une structure médico-sociale belge a indiqué accueillir quatorze patients guadeloupéens et disposer de vingt autres patients guadeloupéens sur liste d'attente, dont une grande partie relevait de troubles du spectre autistique.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoire, l'ordonnateur déclare avoir « *présenté la mesure n° 12 du Plan Autisme au directoire du 16 janvier 2025 et mis en place deux référents autisme par service hospitalier adulte au cours du premier semestre 2025* ».

1.4.2.2 Une prise en charge des troubles mentaux des personnes âgées à renforcer

L'ensemble des acteurs s'accorde autour du constat d'un territoire marqué par l'isolement et la dépendance d'une population vieillissante qui va s'amplifier d'ici 2035. Cela suppose de compléter l'offre gériatrique par le développement d'une filière transverse géronto-

⁴⁸ Cette mesure vise à identifier les personnes autistes non diagnostiquées en Établissements de Santé (ES) autorisés en psychiatrie et en établissements et services médico-sociaux (ESMS). (<https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2025-04/Liste-des-mesures-strategie-nationale-TND-2023-2027.pdf>)

psychiatrique et de la filière psychiatrie du sujet âgé. Ce qui est le cas de la Martinique qui bénéficie d'un service de psychiatrie de la personne âgée⁴⁹.

Par ailleurs, les ressources médicales allouées aux personnes âgées dans la structure existante sont très limitées. En l'état, selon l'ordonnateur, l'établissement ne dispose pas de poste en géro-psycho-geriatrie mais seulement d'un poste de gériatre, qui est vacant depuis six mois. Pour pallier ce manque, il souhaite créer une équipe mobile de gériatrie, sans que le budget et le planning ne soient, pour l'instant, définis.

Le directeur général de l'ARS précise « *qu'il va initier un appel à projet pour créer une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) en 2025* ».

1.4.2.3 Des parcours de soins à étayer pour les patients sujets aux addictions

La direction de l'établissement fait le constat suivant : « *bien que 80 % des patients traités dans les services soient considérés comme ayant une comorbidité liée à l'addiction, seuls 86 patients sur plus de 1 300 étaient identifiés comme tels dans le dossier patient informatisé (DPI). Il n'existait pas de parcours formalisé assis sur une activité de liaison connue de tous. La seule relation codifiée l'était avec la consultation psychiatrique de la Maison d'Arrêt de Basse-Terre.* » Le parcours de soins des patients atteints de conduites addictives reste donc à construire à l'intérieur des structures composant l'EPSM de Guadeloupe.

À l'échelle du territoire guadeloupéen, le parcours était auparavant assez morcelé. Auparavant, les structures restaient marquées par leur spécialisation « *historique* » selon le rapport réalisé par l'observatoire régional de santé de Guadeloupe (ORSAG) en septembre 2018 sur les principales structures en ambulatoire de prise en charge des comportements addictifs en Guadeloupe. À la suite de l'audit des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2022, l'accueil des usagers n'est plus spécialisé. Il est réparti sur cinq structures : Pointe-à-Pitre, Montéran, Basse-Terre, Abymes, Sainte-Rose.

Ce parcours a évolué depuis sous l'impulsion de l'établissement et de l'ARS, qui ont notamment soutenu la création de consultations avancées dans plusieurs communes afin d'établir un meilleur maillage territorial (Vieux-Habitants, Baie-Mahault, Bouillante, Capesterre-Belle-Eau, Pointe-Noire).

⁴⁹ <https://www.ch-despinoy.fr/le-service-de-ppa-des-competences-au-service-du-patient-age-au-chmd/>

1.4.3 Une évolution de l'offre de soins portée par les mesures nationales et le projet d'établissement

1.4.3.1 La déclinaison des mesures nationales

1.4.3.1.1 La mise en place du dispositif Vigilans et de la plate-forme téléphonique de prévention du risque suicidaire 3114

La Guadeloupe connaît près de 500 tentatives de suicides par an⁵⁰. Pour prévenir ces tentatives, la plate-forme Vigilans a été installée afin d'exercer une veille post-hospitalière. Ainsi, les patients sortis de l'hôpital peuvent bénéficier d'un suivi étroit pendant six mois sur la base du volontariat. Si la personne a déjà fait plus d'une tentative de suicide, les soignants la contactent par téléphone entre dix et vingt jours après sa sortie pour s'informer de son état de santé. S'il ne répond pas, le médecin traitant et le psychiatre sont contactés pour reprendre attache avec le patient. S'il répond, le patient est suivi tous les mois pendant ce semestre de suivi rapproché.

Dans l'Hexagone, le numéro national de prévention du suicide 3114 est ouvert 24h/24. En Guadeloupe, la plate-forme téléphonique devait être accessible tous les jours de la semaine de 9h à 21h⁵¹. Lors de l'instruction, la chambre a constaté que la direction de l'EPSM a restreint l'amplitude horaire de 9 à 17 heures⁵². L'ordonnateur indique, dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, qu'à la suite d'une demande de l'ARS, il a été décidé de remettre en place les horaires de 9h à 21h.

1.4.3.1.2 Le déploiement des autres actions en lien avec la feuille de route nationale

La déclinaison de la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM) a démarré en 2022. En 2023, ce sont 226 sessions de formation qui ont été effectuées.

Par ailleurs, le dispositif « *Sentinelles* »⁵³ permettant de former des personnes ressources en santé mentale dans des milieux spécialisés a été développé dans le secteur agricole avec 24 « *Sentinelles* » formées et le secteur universitaire.

⁵⁰ Les dispositifs d'appui - EPSM de la Guadeloupe

⁵¹ 3114 : Ouverture du centre de réponse 3114 Guadeloupe et Îles du Nord, Agence régionale de santé Guadeloupe

⁵² Document de présentation des activités de l'établissement communiqué le 1^{er} avril 2025.

⁵³ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/la-formation-a-l-evaluation-et-a-l-intervention-de-crise-suicidaire?>

1.4.3.2 Une nouvelle ambition portée par le projet d'établissement

L'ordonnateur a rédigé son premier projet d'établissement en 2023⁵⁴, qui a été validé par les instances de l'EPSM en septembre de la même année. Ce projet d'établissement prévoit la mise aux normes du site de Saint-Claude, la reconstruction du site de Pointe-à-Pitre et la réorganisation des structures ambulatoires.

1.4.3.2.1 La dynamique modeste des équipes mobiles

Le projet d'établissement souhaite accroître « *l'aller-vers* » conformément à la feuille de route nationale de la santé mentale conçue par le ministère de la Santé⁵⁵.

L'un des leviers les plus efficaces consiste à mettre en place des équipes mobiles. Durant la période de contrôle, l'hôpital a déployé une nouvelle équipe mobile à destination des adolescents : EMADO⁵⁶. Dans le domaine infanto-juvénile, elle s'ajoute à l'équipe mobile de pédo-psychiatrie existante. Pour la psychiatrie adulte, l'établissement peut s'appuyer sur deux équipes mobiles de précarité. Au total, l'EPSM dispose désormais de quatre équipes mobiles qui permettent d'aller à la rencontre des patients.

Sur la même période, l'EPSM de Martinique a développé sept équipes mobiles supplémentaires portant à onze leur nombre sur un territoire comparable, en population et en superficie.

La dynamique ambulatoire de l'EPSM de Guadeloupe existe mais reste à conforter.

1.4.3.2.2 Un projet de relocalisation de l'unité d'hospitalisation complète de Grande Terre

Selon l'ordonnateur, « *l'amélioration de l'offre en psychiatrie en Guadeloupe passe par la création de nouveaux équipements situés à proximité du nouveau Centre Hospitalier Universitaire [...].* »

Par ailleurs, la direction de l'établissement estime que « *le site d'hospitalisation de Pointe-à-Pitre/Abymes, mis en service en 2006 sur la base de projets élaborés près de dix ans auparavant, accueille exclusivement des services d'hospitalisation pour adultes. Or, les jeunes à partir de 17 ans y sont actuellement hospitalisés dans ces mêmes services, ce qui n'est plus acceptable. En outre, tous les services d'hospitalisation sont dits « fermés », ce qui expose l'établissement, année après année, à des rapports critiques de la part du juge des libertés ou autres missions nationales.* ».

En outre, l'ordonnateur indique dans sa réponse « *qu'une fois que le CHUG aura déménagé, l'EPSM va se retrouver isolé au milieu d'une friche de type industriel en proximité de quartiers difficiles.* ».

⁵⁴ Cf 2.3.2 sur le projet d'établissement.

⁵⁵ Action 17 sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf

⁵⁶ Inauguration dispositif EMADO & Webinaire International Caribéen - EPSM Guadeloupe

L'ordonnateur a conçu un projet de reconstruction du site de Grande-Terre et a adressé une demande de financement à l'Agence française de développement (AFD). En réponse au rapport d'observations provisoires, L'ARS précise ne pas avoir reçu la demande adressée à l'AFD, ni le projet d'accompagnement évoqué.

1.5 Une activité marquée par l'augmentation de l'ambulatoire et l'importance des soins sans consentement

Selon l'article L. 6113-7 du code de la santé publique (CSP), « *les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.* » Ce même article précise que « *les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins* ».

Les données d'activité sont traitées par le DIM. Ses agents ont la charge du recueil d'information médicale psychiatrie (RIM-P) et du traitement de la tarification à l'activité pour l'addictologie. Ils produisent les statistiques trimestrielles et annuelles des activités ambulatoires.

Par ailleurs, avec l'entrée en vigueur du nouveau mode de financement de la psychiatrie, partiellement fondé sur l'activité agrégée fournie par le DIM à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et validée par l'ARS, la qualité du codage et la retranscription exhaustive de l'activité sont encore plus importantes.

1.5.1 L'activité d'hospitalisation complète

1.5.1.1 Les principaux diagnostics pris en charge par l'EPSM avec une part importante de pathologies lourdes et complexes

L'EPSM de Guadeloupe est le seul acteur apte à traiter des pathologies lourdes ou complexes, nécessitant le plus souvent des prises en charge longues. Cela a naturellement un impact sur la durée moyenne de séjour. Mais celle-ci est également fortement dépendante d'une filière organisée en aval de la période d'hospitalisation permettant d'orienter les patients sortant de l'hospitalisation vers des structures adaptées.

Tableau n° 7 : l'activité de l'établissement par diagnostic, par journées et par actes

<i>Diagnostic</i>	Journées⁵⁷ (%)	Actes⁵⁸ (%)
<i>Schizophrénie, troubles délirants (F20-29)</i>	70 %	45 %
<i>Troubles bipolaires, dépressifs (F30-39)</i>	12 %	14 %
<i>Addictions (F10-19)</i>	7 %	3 %
<i>Troubles anxieux (F40-49)</i>	4 %	12 %
<i>Troubles de la personnalité (F60-69)</i>	6 %	5 %
<i>Retard mental (F70-79)</i>	6 %	2 %
<i>Troubles développementaux (F80-89)</i>	4 %	9 %
<i>Troubles des conduites enfant (F90-99)</i>	2 %	7 %
<i>Démences (F00-09)</i>	1 %	0 %

Source : rapport d'activité 2023 de l'EPSM

⁵⁷ Une journée est une période de présence continue d'un patient dans un service de soins en hospitalisation complète, entre 0h et 24h, comptabilisée dès que le patient est présent à minuit dans le service.

⁵⁸ Un acte est une intervention ou un soin réalisé par un professionnel de santé, identifié, codé et souvent valorisé, qui répond à une nécessité médicale dans le cadre de la prise en charge d'un patient.

1.5.1.2 Des séjours marqués par la part importante des soins sans consentement et l'isolement

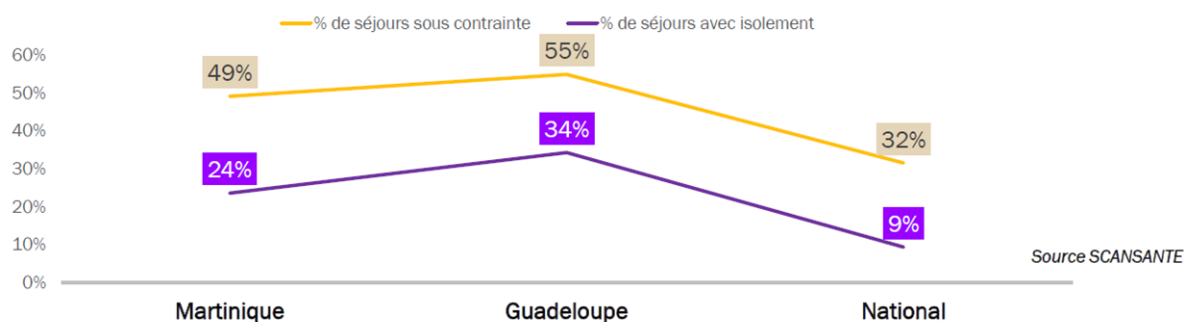
Les soins sans consentement

Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les prises en charge psychiatriques peuvent, sous réserve que soient remplies certaines conditions strictement définies par la loi⁵⁹, être dispensées à des patients qui ne sont pas à même de consentir aux soins. Peuvent ainsi être distingués les soins librement consentis, les soins sans consentement à la demande d'un tiers sur décision du directeur d'établissement et les soins sans consentement sur arrêté du représentant de l'État (lorsqu'une atteinte à l'ordre public justifie l'entrée dans le dispositif de soins). S'agissant de mesures privatives de liberté, le juge de la détention et des libertés doit se prononcer dans un délai de 12 jours sur le maintien de la mesure, sa levée ou sur sa levée avec instauration d'un programme de soins.

L'activité d'hospitalisation complète de l'EPSM se caractérise par la part importante des soins sans consentement. Ainsi, en 2021, 57 % des journées correspondaient à des soins sans consentement à l'EPSM de Guadeloupe contre seulement 33,5 % en France. Par ailleurs, 72 % des patients guadeloupéens en hospitalisation complète avaient connu des soins sans consentement contre 26 % à l'échelle hexagonale⁶⁰.

En 2024, la comparaison des pratiques avec les modalités de soins en Martinique renforce ce constat. Ainsi, la part de séjours sous contrainte en Guadeloupe (55 %) est supérieure de 6 % par rapport à la Martinique et de 23 % par rapport à la moyenne nationale. Le taux de séjours avec isolement s'élève à 34 % en Guadeloupe, contre 24 % en Martinique et 9 % au niveau national. Ce taux est quasiment le quadruple du taux national.

Graphique n° 2 : activité comparée EPSM-Guadeloupe / Centre hospitalier Maurice Despinoy / Moyenne nationale



Source : rapport d'activité centre hospitalier Maurice Despinoy, Martinique 2024

⁵⁹ La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a pour objet de remédier aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques. La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 a réformé certaines dispositions de cette loi pour renforcer les garanties quant au respect des droits des patients.

⁶⁰ Rapport de la fédération hospitalière de Guadeloupe en 2024.

1.5.1.3 Une durée moyenne de séjour plus élevée que la moyenne

Selon le rapport d'analyse de l'activité 2022 et 2023, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) s'établit à 66,6 jours en 2023, en diminution par rapport à 2022, mais elle demeure largement supérieure à la moyenne nationale (46 jours en moyenne en 2024).

L'augmentation de la DMH en psychiatrie traduit une insuffisance de partenariats avec des structures d'aval, notamment médico-sociales et sociales, conduisant à des hospitalisations plus longues. En effet, l'article R. 6123-182 du CSP précise que *« le titulaire de l'autorisation concourt à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient pris en charge, en lien notamment avec d'autres établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, services ou personnes mentionnés au code de la santé publique et au code de l'action sociale et des familles »*.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur déclare avoir conclu des conventions avec le centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) « *Si An Ka* » portée par l'Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie (ALEFPA), avec le SAMU Social porté par la Croix Rouge ainsi qu'avec l'Ehpad du Lamentin. L'absence de partenariat avec les FAM et les MAS de Guadeloupe serait liée, selon l'ordonnateur, *« au refus de ces dernières d'accueillir des patients considérés comme lourds. »*

1.5.2 **L'activité d'hospitalisation partielle et l'activité ambulatoire**

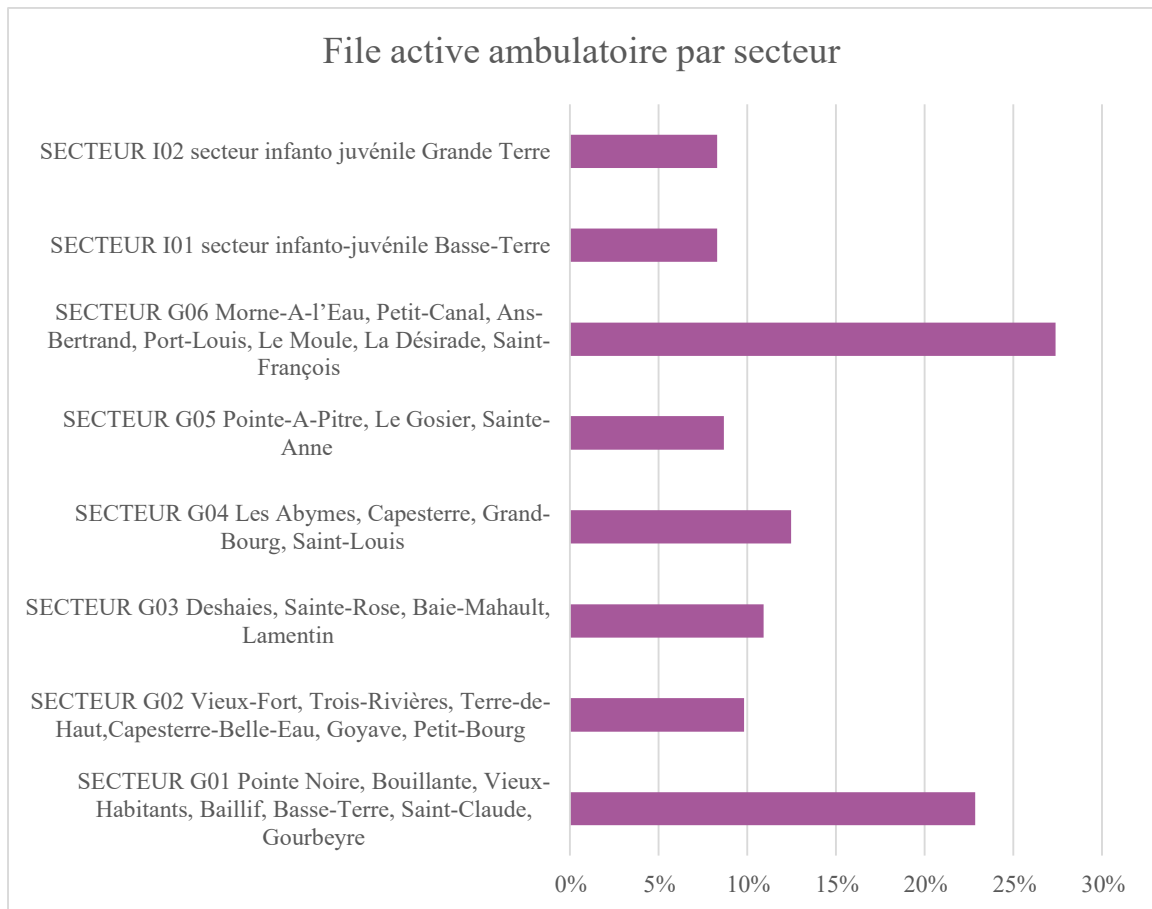
Selon le rapport d'analyse de l'activité 2023, l'hospitalisation partielle représente 26 % des capacités en psychiatrie générale. Le nombre de journées d'hospitalisation partielle psychiatrique (2,8 pour 100) équivaut à la moitié de la moyenne nationale. Cette activité est en nette progression après la crise sanitaire, mais encore en retrait par rapport à 2019. L'écart de la DMH en psychiatrie par rapport à la moyenne nationale pourrait être amélioré avec l'augmentation de partenariats avec des structures d'aval, notamment médico-sociales et sociales, réduisant ainsi la durée d'hospitalisations. En effet, l'article R. 6123-182 du CSP précise que *« le titulaire de l'autorisation concourt à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient pris en charge, en lien notamment avec d'autres établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, services ou personnes mentionnés au code de la santé publique et au code de l'action sociale et des familles »*.

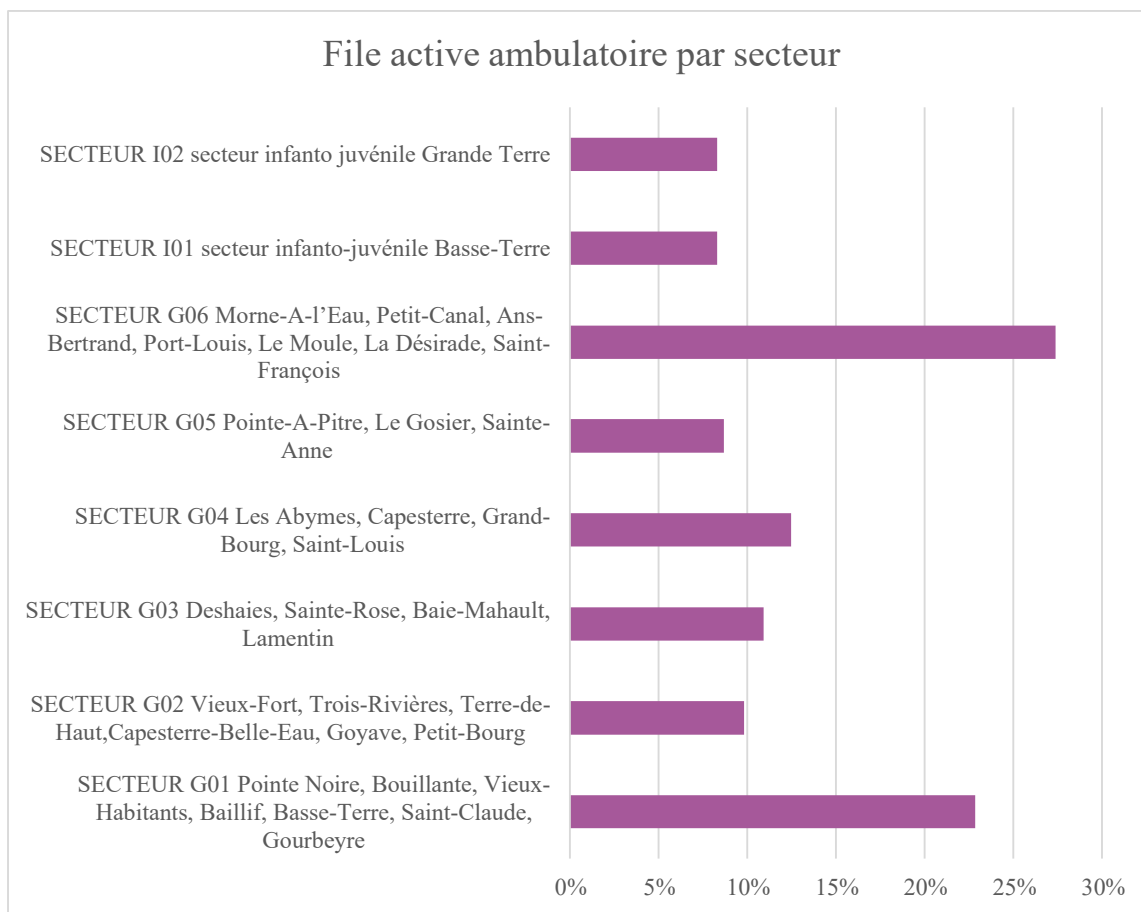
L'activité ambulatoire comprend les soins dispensés dans les CMP, les CATTP et les unités de consultation.

1.5.2.1 La prépondérance de l'activité ambulatoire

Au cours de l'année 2023, 99 % des 11 327 patients ont été pris en charge en ambulatoire, avec 63 631 actes. Parmi eux, 87 % ont bénéficié de soins exclusivement ambulatoires alors que 12 % ont eu des soins ambulatoires combinés à de l'hospitalisation partielle. Les soins ambulatoires sont essentiellement dispensés dans le cadre des CMP (9 781 patients, soit 82 % des patients soignés par l'EPSM). Les CMP sont le pivot d'un secteur psychiatrique. Ils doivent permettre de répondre aux besoins de santé mentale de la population par le dépistage, la prévention, le soin et le suivi.

Graphique n° 3 : la répartition de la file active ambulatoire par secteurs



Graphique n° 4 : la répartition de la file active ambulatoire par secteurs

Source : CRC de Guadeloupe à partir d'un tableau Excel EPSM

1.5.2.2 Des délais d'attente en CMP très variables d'une structure à l'autre

Concernant les délais de rendez-vous avec les CMP, ils variaient de 2 à 8 mois en moyenne sur la période de contrôle.

C'est notamment le cas des CMP les plus éloignés dans l'archipel. À titre d'exemple, l'île de Marie-Galante peuplée de 10 467 habitants dispose d'un CMP doté d'un seul psychiatre, présent trois jours avec une amplitude resserrée en raison des allées et venues par bateau. Selon ses dires, le délai d'attente dans son CMP est de 7 à 8 mois. L'ordonnateur explique les délais d'attente à Marie-Galante par des difficultés liées aux ressources médicales (longue absence, démission) et indique qu'un nouveau recrutement a eu lieu en septembre 2025.

Cette situation traduit les difficultés pour les CMP à servir de pivot dans la coordination du parcours de soins avec les acteurs de premier recours. Ainsi, ils ne peuvent jouer pleinement leur rôle de porte d'entrée, empêchant ainsi une approche graduée et coordonnée, notamment avec les acteurs de premier recours, en particulier les médecins traitants. Cette importance de prise en charge du premier rendez-vous dans un délai raisonnable est rappelée dans la feuille

de route nationale en santé mentale, action 17 « *Améliorer le repérage et la prise en charge précoce par le renforcement des CMP* ».

1.6 Des risques liés à l'activité mal maîtrisés

1.6.1 Les événements indésirables graves en forte augmentation

Une inspection de l'ARS a été diligentée le 7 juin 2022 dans le cadre d'un contrôle du pilotage et de l'effectivité de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Cette visite fait suite à la survenue de cinq décès⁶¹ au cours des années 2021 et 2022.

Ces cinq décès relèvent d'une catégorie d'événements indésirables spécifiques : les événements indésirables graves liés aux soins. Seuls ces événements indésirables graves associés à des soins (EIGAS) sont déclarés aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (ARS) conformément au décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016. La survenue d'un EIGAS doit répondre à la définition donnée par l'article R. 1413 67 du CSP soit « *un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.* ».

Le rapport définitif de l'ARS du 5 décembre 2022 conclut notamment que les documents socles nécessaires au pilotage de la lutte contre les EIAS ne sont toujours pas élaborés ou validés quatre ans après la création de l'EPSM. Le rapport comporte 5 injonctions, 6 prescriptions et 2 remarques.

Une nouvelle inspection a été diligentée par l'ARS les 1^{er} et 2 février 2024 pour contrôler la mise en œuvre des mesures correctives notifiées suite à la précédente visite. Un rapport a été rédigé par l'EPSM afin de présenter les corrections réalisées à l'ARS qui n'a pas encore rendu ses conclusions.

⁶¹ Données issues du rapport de l'EPSMG sur les Evénements Indésirables Graves de 2020 à 2024.

Tableau n° 8 : événements indésirables graves assortis de soins

	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Total des EIGAS</i>	0	5	5	3	7
<i>Dont suicide et décès</i>				1	
<i>Dont apparition de symptômes graves et décès</i>		1			2
<i>Dont patient retrouvé inanimé et décès</i>		1	3		2
<i>Dont Mise en jeu du pronostic vital sans décès</i>		3	2	2	3

Source : CRC de Guadeloupe sur la base de la liste des EIGAS de 2020 à nos jours de l'EPSMG

1.6.2 Le refus de certification de la Haute autorité de santé en 2024

La certification, mission confiée à la Haute autorité de santé (HAS), est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés. Obligatoire, cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et des organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients⁶².

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle fournit une évaluation aux usagers et aux ARS sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

En mars 2024, la HAS a décidé de la non-certification de l'établissement à la suite de la visite réalisée par les experts visiteurs en 2022 et 2023. C'est une décision rare. Seuls 2 % des établissements hospitaliers n'ont pas été certifiés par la HAS parmi les 1 000 premières décisions rendues jusqu'en septembre 2023⁶³.

La qualité des soins à l'EPSM de la Guadeloupe a été jugée insatisfaisante⁶⁴. Le rapport de non-certification a mis en exergue sept fiches-anomalies détaillant plusieurs manquements, dont l'existence de chambres d'isolement inadaptées, l'absence d'espaces d'apaisement, l'impossibilité pour les patients hospitalisés en soins libres de circuler normalement dans la structure ainsi que les ruptures dans le circuit du médicament. Une contre-visite sera effectuée par la HAS en mars 2026.

⁶² Article L. 6113-3 (et suivants) du code de la santé publique

⁶³ Haute Autorité de Santé - 1000^{ème} résultat, ajustement du référentiel et renouvellement de commission ; une rentrée chargée pour la certification des établissements de santé

⁶⁴ Décision certification HAS Mars 2024 - Etablissement Public de Santé Mentale de Guadeloupe

1.6.3 Les dysfonctionnements signalés par la commission de prévention de la torture du Conseil de l'Europe

Par ailleurs, l'établissement a également reçu la visite de la Commission de prévention de la torture (CPT) diligentée par le Conseil de l'Europe en décembre 2023. À l'issue de la visite, les conclusions de la CPT ont mis en exergue une utilisation excessive et parfois non-réglementaire des chambres d'isolement.

Ce rapport a également souligné la nécessité de respecter la liberté d'aller et venir. Cette liberté est une liberté fondamentale constitutionnellement reconnue pour les personnes en soins libres ainsi que pour celles qui sont autorisées à sortir par leur programme des soins.

Or, les patients de Grande-Terre sont hospitalisés dans des unités qui sont toutes fermées. L'existence d'un accès à un jardin ou un patio à l'intérieur de ces unités n'équivaut pas à une possibilité d'aller et venir à l'extérieur. Par ailleurs, en psychiatrie, l'article L. 3211-3 du CSP dispose que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des patients hospitalisés sans consentement sont limitées à ce qui est strictement rendu nécessaire par l'état de santé du patient et la mise en œuvre du traitement. Les patients admis sur le mode de l'hospitalisation libre ne peuvent donc avoir moins de droits, et des droits moins protégés, que les patients admis d'une manière contrainte.

L'EPSM doit donc modifier ses pratiques de recours à l'isolement afin de la mettre en conformité avec les dispositions précitées du CSP.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur indique « *depuis le 9 mai 2025 aucun patient ne peut être hospitalisé en chambre d'isolement sans « pendant ». La seule exception étant l'admission de nuit des patients sur demande du représentant de l'État. Ce rappel des règles d'hospitalisation a été fait après la libération des 14 chambres en travaux sur la Basse-Terre* », ce que la chambre n'a pu vérifier effectivement.

1.6.4 Deux risques de fermeture administrative liés à la sécurité incendie et à l'hygiène des cuisines

Deux visites, (le 3 novembre 2020 et le 5 mars 2024), périodiques de la commission d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public ont été réalisées sur le site de Saint-Claude. L'EPSM a été sanctionné par deux avis défavorables à la poursuite de l'activité. Au premier trimestre 2024, aucune des 12 prescriptions dont 9 urgentes issues de la première visite n'avait fait l'objet de mesure corrective. Une nouvelle visite de cette commission a abouti également à un avis défavorable à la poursuite de l'activité, qui ne pouvait intervenir qu'à condition de respecter six prescriptions urgentes, cinq mesures permanentes et deux complémentaires relatives au respect des mesures de prévention et sauvegarde propres à assurer la sécurité des personnes.

Afin de lever la menace de fermeture administrative du site de Saint-Claude, l'établissement a mis en œuvre un plan d'urgence de prévention des risques incendie qui lui a

permis de passer en juin 2024 à une période probatoire qui, si elle se confirme, permettra à la commission de lui octroyer un avis conforme.

Par ailleurs, un second risque de fermeture administrative a été identifié en raison de manquements graves dans les cuisines du site de Saint-Claude en matière d'hygiène et de maintenance. Une mise en demeure a été adressée le 2 avril 2025 par la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) comprenant des mesures impératives à mettre en place sous trois mois.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur déclare avoir mis en place un plan de mesures correctives (maîtrise sanitaire, maintenance des locaux, lutte contre les nuisibles, équipement de contrôle, hygiène du personnel) ainsi qu'un point mensuel de suivi avec la DAAF.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'offre de soins psychiatriques est essentiellement assurée par l'établissement de santé mentale (EPSM) de Guadeloupe, qui dispose de moins de lits que la moyenne nationale, mais d'une capacité ambulatoire comparable. Le territoire souffre d'une pénurie critique de psychiatres libéraux, surtout en pédopsychiatrie.

L'offre de soins est inégalement répartie entre la Basse Terre et la Grande Terre. Elle est sous-dimensionnée face aux besoins croissants, notamment pour les autistes lourds, les personnes âgées et les patients incarcérés.

À l'occasion de la non certification de la HAS, de nombreux dysfonctionnements structurels ont été pointés : événements indésirables graves liés aux soins, non-respect des modalités d'hospitalisation des patients en soins libres et ruptures du circuit du médicament.

L'activité de l'EPSM de Guadeloupe s'inscrit dans un cadre spécifique à plusieurs titres :

- *l'offre très réduite de places privées en psychiatrie sur le département et la prépondérance des soins sans consentement au sein du secteur public ;*
- *une majorité de troubles lourds ;*
- *une durée moyenne d'hospitalisation plus longue que la moyenne hexagonale, qui s'explique en grande partie par l'insuffisante coordination des acteurs et un nombre trop faible de structures médico-sociales pour gérer leur sortie.*

L'offre ambulatoire de l'EPSM est insuffisante, notamment en termes d'équipes mobiles, qui restent en deçà des standards hexagonaux.

2 UNE GOUVERNANCE PERFECTIBLE

2.1 Les instances se réunissent à un rythme irrégulier

La gouvernance hospitalière repose sur deux piliers : administratif pour gérer l'établissement d'une part, médical et paramédical, d'autre part, pour définir la stratégie médicale et l'organisation des soins.

La communauté médicale est représentée par la commission médicale de l'établissement (CME). Elle a également vocation à participer aux grandes décisions de l'établissement via le directoire.

Le conseil de surveillance est chargé de la validation de la politique de l'établissement dans ses volets stratégique et financier.

Tableau n° 9 : réunions des instances

	2020	2021	2022	2023	2024	Nombre minimum	Référence réglementaire
<i>Conseil de surveillance</i>	4	4	1	2	2	4	R. 6143-11 CSP
<i>Commission médicale d'établissement</i>	6	7	6	7	5	4	R. 6144-6 CSP
<i>Comités techniques d'établissement</i>	2	2	3			4	Instance abrogée par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.
<i>CHSCT</i>	7	7	5			-	Instance abrogée par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.
<i>Comité Social d'Etablissement⁶⁵/formation spécialisée</i>				3	8	1 fois par trimestre soit 4	Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021
<i>CSIRMT</i>	2	3	3	3	4		
<i>Directoire</i>	7	8	5	7	7	8	D. 6143-7-5 CSP

Source : CRC de Guadeloupe sur la base des comptes-rendus communiqués par l'EPSM

2.1.1 Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il est composé de 3 collèges de 5 membres, soit 15 membres⁶⁶.

⁶⁵ Selon la loi de transformation de la fonction publique et du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, le comité social d'établissement fusionne en une seule instance le comité technique d'établissement (CTE) et le CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité, et des conditions de travail).

⁶⁶ Article R. 6143-1 et article L. 6143-5 du CSP

Il assume pleinement son rôle en matière budgétaire. Conformément à l'article R. 6145-46 du CSP, il a délibéré sur le compte financier de chaque exercice, l'a approuvé et a décidé de l'affectation des résultats du compte principal et des comptes annexes, dans le respect des modalités d'affectation prévues aux articles R. 6145-49 à R. 6145-51 du même code.

Il est sollicité au sujet de ses compétences consultatives (politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la gestion des risques, conditions d'accueil et de prise en charge des usagers).

Néanmoins le conseil ne se réunit pas suffisamment au regard des obligations réglementaires (quatre fois par an)⁶⁷. Ainsi, il ne s'est réuni respectivement qu'une fois en 2022, puis deux fois en 2023 et 2024. L'ordonnateur déclare que plusieurs réunions du conseil ont été annulées faute de quorum.

Enfin, le conseil de surveillance n'a pas respecté son obligation de délibérer au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers⁶⁸.

Des procès-verbaux de réunions sont systématiquement établis.

Recommandation n° 1 : (*régularité*) réunir le conseil de surveillance au moins quatre fois par an conformément à l'article R. 6143-11 du code de la santé publique.

2.1.2 Le directoire

Le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Conformément à l'article L. 6143-7-5 du CSP⁶⁹, le nombre de membres du directoire est au maximum de neuf dont une majorité issue des professions médicales, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

L'EPSM a choisi de se doter d'un directoire à cette hauteur⁷⁰. Le collège d'invités permanents ne participe pas au vote.

⁶⁷ Article L. 6143-11 du CSP

⁶⁸ Article L. 1112-3 du CSP

⁶⁹ Article L. 6143-7-1 du CSP et instruction DHOS/E1 n° 2010-75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé

⁷⁰ Selon le site internet de l'EPSM, le nombre de membres de l'EPSM est de neuf personnes : directrice de l'établissement, président de CME, directeur des soins, vice-présidente de la CME, trois chefs de service, une praticienne hospitalière et une cadre coordinatrice des soins.

La fréquence des réunions au regard des obligations réglementaires (huit fois par an)⁷¹ n'est pas respectée. L'ordonnateur conteste le constat de la chambre sur la fréquence des réunions du directoire et argue de la convocation régulière des directoires. Toutefois, la chambre n'a constaté, sur la base des procès-verbaux transmis, que 7 réunions de cet organe en 2023 et autant en 2024.

Des relevés de décision permettent de garder trace des sujets débattus et des décisions prises.

Recommandation n° 2 : (*régularité*) réunir le directoire au moins 8 fois par an conformément à l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique.

2.1.3 La commission médicale d'établissement

La répartition et le nombre des sièges au sein de la CME sont déterminés, pour chaque catégorie, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement⁷².

Le procès-verbal du 18 mai 2020 décrit l'installation de ses membres ainsi que l'élection du président et du vice-président⁷³.

La CME se réunit de manière régulière au regard des obligations réglementaires⁷⁴.

Les sujets spécifiques au personnel médical et à la santé mentale y sont présentés et débattus. La commission exerce ses compétences consultatives et informatives. Elle présente les travaux du conseil de surveillance. La chambre rappelle que l'EPSM doit présenter le bilan annuel de l'activité médicale, conformément à l'article R. 6144-1 du CSP.

Des relevés de décision permettent de garder trace des sujets débattus et des décisions prises.

L'article L. 6143-7-3 du CSP dispose que le président de la CME et le directeur d'établissement doivent conclure une charte de gouvernance. Elle traduit la responsabilité managériale qui incombe au directeur et au président de la CME, clef de voute de la gouvernance hospitalière. Elle crée les conditions d'une collaboration fluide et efficace au service de l'institution, en lien avec les autres responsables des établissements, en premier lieu les chefs de pôles, les chefs de services, les directions des soins, les directions fonctionnelles et l'encadrement de l'établissement. Elle concrétise les actions du projet de gouvernance et de management du projet d'établissement. L'EPSM dispose d'une charte de gouvernance.

⁷¹ Article D. 6143-35-5 du CSP

⁷² Article R. 6144-3-2 du CSP

⁷³ Procès-verbal du 18 mai 2020

⁷⁴ Article R. 6144-6 du CSP

2.1.4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est consultée sur le projet de soins infirmiers, la politique d'amélioration continue de la qualité et les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, qui est nommé par le directeur de l'établissement. Les autres membres de la CSIRMT, élus pour un mandat de 4 ans, représentent les cadres de santé, les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et les aides-soignants.

À l'exception de l'année 2020, la CSIRMT se réunit trois à quatre fois par an. Des procès-verbaux de réunions sont systématiquement établis.

2.1.5 le comité social d'établissement

La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a fusionné les instances de représentations du personnel. Le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) deviennent une instance unique : le comité social d'établissement (CSE). Il apporte un avis sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, la politique sociale, et la politique de formation.

Concernant les réunions du CSE, lorsque l'élection des membres de ce comité a lieu entre deux renouvellements généraux, notamment en cas de création d'un nouveau CSE, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement⁷⁵. La directrice d'établissement a informé la chambre⁷⁶ que la situation de suspension des représentants syndicaux du fait du non-respect de l'obligation vaccinale jusqu'en avril 2023 explique que l'établissement n'a pas pu procéder à cette installation et aux réunions dès fin 2022. Elle précise que « *le CSE a fait l'objet de six convocations en 2023 et cette instance n'a pu être installée et avoir un fonctionnement plus ou moins normalisé que lors de la séance du 5 octobre 2023.* ».

2.2 L'organisation en pôles et la contractualisation interne ne sont pas finalisées

L'organisation en quatre pôles⁷⁷ a été instituée par arrêté du directeur général en date du 28 août 2018, à la suite du regroupement des activités de psychiatrie du centre hospitalier de Montéran et des pôles du CHU. Cette décision n'a pas été suivie d'effet.

⁷⁵ Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021

⁷⁶ Réponse électronique du 07/04/2025 de la direction de l'EPSM

⁷⁷ La loi du 21 juillet 2009 et la loi du 26 janvier 2016 visent à améliorer la prise en charge des patients grâce à une approche pluridisciplinaire. Les pôles, définis librement par chaque établissement, doivent refléter la stratégie médicale et s'appuyer sur des objectifs partagés. Le chef de pôle, nommé par le directeur sur proposition du Président du CME, joue un rôle clé dans la gestion quotidienne.

Cette organisation a été validée par le directoire le 12 septembre 2024 puis reprise par le directoire du 19 décembre 2024 pour application au 1^{er} janvier 2025 et nomination des chefs de pôle. En parallèle, de septembre 2024 à février 2025, un groupe de travail missionné par le directoire a élaboré une charte de gouvernance des pôles afin de formaliser les modalités de gestion des pôles et leurs relations avec la direction, la CME et l'ensemble des directions fonctionnelles.

La direction a détaillé les freins liés à la crise sociale et sanitaire qui ont retardé, selon elle, la mise en place de cette délégation de gestion⁷⁸.

Si la dynamique de contractualisation est réelle, elle n'a pas encore abouti à une mise en œuvre effective. L'EPSM a communiqué à la chambre des projets de contrats de pôle définissant le champ et les modalités de délégation de signature permettant aux chefs de pôle d'engager des dépenses prévues⁷⁹. L'ordonnateur déclare avoir programmé un directoire le 30 octobre 2025 afin d'adopter ces contrats de pôle.

Recommandation n° 3 : (*régularité*) formaliser l'organisation de l'établissement par la conclusion des contrats de pôle et l'élaboration des projets de pôle prévus par les articles R. 6146-8 à 9-2 du code de la santé publique.

2.3 Des orientations stratégiques à préciser

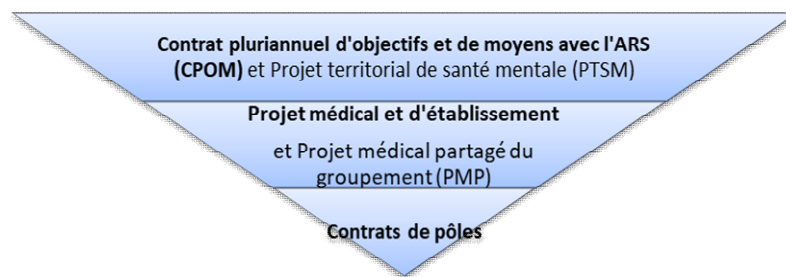
Le pilotage d'un hôpital public doit s'inscrire dans une programmation d'objectifs et d'actions, traduite dans différents documents stratégiques qui permettent de mettre en cohérence les axes de gestion interne de l'établissement avec la politique de santé déclinée par l'ARS. Le projet régional de santé (PRS) décline sur le territoire les priorités nationales en matière de santé établies par la stratégie nationale de santé, le plan national pour l'égal accès aux soins dans les territoires, la stratégie nationale de transformation du système de santé et les priorités nationales en matière de prévention et de promotion de la santé⁸⁰.

En parallèle, ces orientations s'articulent avec les axes de coopération définis entre partenaires publics et privés du territoire et avec les objectifs d'intégration au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

⁷⁸ Note relative à la contractualisation interne à l'EPSM, 25/03/2025

⁷⁹ Articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du code de la santé publique depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires ».

⁸⁰ Article L. 1434-1 et suivants du CSP

Schéma n° 1 : le pilotage stratégique en établissement public de santé

Source : CRC de Guadeloupe

2.3.1 L'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens complique la déclinaison du plan régional de santé

L'EPSM de la Guadeloupe ne dispose pas de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS. Ce CPOM est censé définir les orientations stratégiques de l'établissement, sur la base du PRS⁸¹, concernant notamment le renforcement de la coordination des acteurs et la pertinence des prises en charge.

L'évaluation de la réalisation des objectifs doit être conduite par le directeur général de l'ARS en utilisant les indicateurs de suivi et de résultat prévus au contrat, conformément au calendrier prévu, et au moins une fois par an, dans le cadre d'un dialogue de gestion⁸².

L'EPSM souffre donc d'une absence de feuille de route stratégique et d'évaluation régulière.

2.3.2 Le projet d'établissement n'a été mis en place qu'en 2023

L'article L. 6143-2 du CSP dispose que le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement.

Sur la première partie de la période de contrôle (2020-2022), l'établissement était dépourvu de projet d'établissement.

La stratégie de l'EPSM est désormais définie dans un projet d'établissement 2023-2028, validé par le conseil de surveillance lors de sa séance du 15 septembre 2023. Il comporte plusieurs volets : un projet médical et ses annexes comprenant un projet de soins, un projet de psychologie, un projet de prise en charge socio-éducative, un projet des usagers, ainsi qu'un projet de gouvernance, un projet de management, un schéma directeur des nouvelles

⁸¹ Le projet de santé de l'ARS, qui permet de piloter la politique de santé au niveau régional, en cohérence avec la stratégie nationale, définit les objectifs à atteindre dans les cinq ans et les actions à mettre en œuvre. Il se compose du cadre d'orientation stratégique (COS) qui fixe les objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population, du schéma régional de santé (SRS) qui détermine les enjeux organisationnels ou de nature à transformer le système de santé et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) qui recense les actions à mettre en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées par les personnes en grande ou très grande précarité.

⁸² Article D. 6114-8 du CSP.

technologies de l'information et de la communication, un schéma directeur immobilier et un projet achats et logistique.

L'évaluation du projet d'établissement de l'EPSM a été réalisée en juin 2024. Sur 29 projets prévus, un seul projet a été mené à bien, 44 % sont en phase de conduite de projet et 52 % sont non-initiés ou en phase de structuration. Ambitieux, le projet d'établissement souffre d'un manque de moyens et de chiffrage précis des différentes actions. En effet, ces différents volets ne font pas fait l'objet d'un programme pluriannuel d'investissement.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur précise qu' : « *a l'issue de la 2^{ème} évaluation du projet d'établissement réalisée en juillet 2025, sur les vingt-neuf projets identifiés : trois projets ont été clôturés, dix projets sont en cours de déploiement, trois projets sont en expérimentation, onze projets sont en phase de structuration, deux projets n'ont pas été encore été initiés.* ».

2.3.3 Le projet territorial de santé mentale n'a pas été piloté et a été partiellement mis en œuvre

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 reconnaît le caractère transversal de la santé mentale et prévoit la mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) élaboré par l'ARS. Il est construit par l'ensemble des acteurs publics et privés du département dans les secteurs sanitaire, médico-social, du logement et de l'insertion, y compris les collectivités territoriales et les représentants des usagers.

En pratique, un PTSM doit se concrétiser dans l'élaboration et la signature d'un contrat territorial en santé mentale (CTSM) qui définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation, l'intégration des mesures.

Si l'ARS de Guadeloupe a bien validé un PTSM par voie d'arrêté le 25 juin 2020, le pilotage et l'animation de ce dernier n'ont pas été mis en œuvre. Cela nuit à la coordination des acteurs, à la prise en charge graduée des patients et à l'efficacité de l'action publique en matière de soins psychiatriques.

Le PTSM de Guadeloupe a identifié quatre volets majeurs :

- projet 1 : mettre en œuvre l'approche transversale de la politique de santé mentale dans le cadre du PTSM et des conseils locaux de santé mentale (CLSM) ;
- projet 2 : améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique ;
- projet 3 : améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique ;
- projet 4 : promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels, sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique.

Selon le volet intitulé « *Mise en œuvre du PTSM* », le CTSM doit préciser, pour chacune des actions visant à mettre en œuvre le projet territorial : les acteurs responsables, le calendrier prévisionnel de mise en œuvre, les moyens consacrés par les acteurs et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Conformément aux dispositions de l'article L. 3221-2 du CSP, le CTSM peut être conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre du PTSM. Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de six mois suivant la validation du PTSM. Aucun CTSM n'a été mis en place en Guadeloupe.

Un comité de pilotage des actions était prévu dans le PTSM⁸³. Il devait comprendre six représentants des usagers⁸⁴, sept acteurs sanitaires⁸⁵, trois acteurs sociaux et médico-sociaux⁸⁶, quatre représentants des services de l'État⁸⁷, trois représentants des collectivités territoriales et acteurs sanitaires⁸⁸, un représentant du secteur de la prévention et la promotion de la santé, un représentant du réseau « *addictions Guadeloupe* » (RAG), deux acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion⁸⁹, trois autres acteurs⁹⁰, des représentants de l'ARS⁹¹. Il devait être mise en place à partir de janvier 2020. Selon les éléments recueillis, ce comité de pilotage ne s'est jamais réuni.

Pour sa part, l'ARS estime que seules 8 actions sur 22 du PTSM ont été menées à bien⁹². En revanche, l'ordonnateur dénombre seulement trois mesures non mises en œuvre⁹³, dans le

⁸³ Et plus précisément au point 2.4.5 du PTSM.

⁸⁴ Un représentant d'un Groupe d'entraide mutuelle (GEM) ; un représentant de l'UNAFAM ; quatre représentants des conseils de la vie sociale des ESSMS.

⁸⁵ Trois représentants de l'EPSM (Direction d'établissement ; PCME ; Direction des Soins) ; un représentant des hôpitaux : Directeur du Centre hospitalier de Beauperthuy (CHDB) spécialisé sur l'addiction et la gérontologie, Directeur du Centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT) ; un représentant du CHU : Directeur général ; un représentant des cliniques : Directeur clinique KAPPA ; un représentant des médecins libéraux : Président URPS ;

⁸⁶ Sans précision sur la qualité de ces trois acteurs.

⁸⁷ Un représentant de la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS) ; un représentant de l'Education nationale : Inspectrice AESH ; un représentant du Ministère la Justice : Vice-Présidente du TGI chargée de l'application des peines ; un représentant de la Direction des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation et de l'Emploi (DIRECCTE) ;

⁸⁸ Deux représentantes du conseil départemental : Directrice générale adjointe des services, Directrice PA/PH services d'aide sociale à l'enfance (ASE) ; un représentant des Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou 1 EPCI ;

⁸⁹ Un représentant de la Croix Rouge France ; un représentant du Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO)

⁹⁰ 1 représentant des bailleurs sociaux ; 1 représentant de la CGSS/CAF ; 1 représentant de l'administration pénitentiaire ;

⁹¹ L'ARS sera représentée par la Directrice Générale Adjointe, le Référent santé mentale et un médecin.

⁹² La création d'une maison des adolescents, la mise en place d'un CLSM, la création d'une équipe mobile à destination des adolescents, la formation en santé mentale aux agents du médico-social, la formation des infirmiers en pratique avancée, les consultations avancées en addictologie, le renforcement et la pérennisation de la semaine d'information en santé mentale, la création d'une radio locale portée par l'union départementale des associations familiales.

⁹³ La création d'un master pour les IPA, le dialogue avec la CGSS sur le paiement à l'acte des psychologues libéraux, la création d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie.

recensement transmis à la chambre. Elle indique, par ailleurs, que quatre autres projets sont en cours⁹⁴ avec des demandes de financement et que le reste du PTSM a été mis en place.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur confirme que seulement trois mesures sont non mises en œuvre, dont une lui incomberait plus particulièrement (déploiement de l'équipe mobile géranto-psychiatrique).

Recommandation n° 4 : (*performance*) mettre en place de manière effective les actions définies par le projet territorial de santé mentale qui incombent à l'EPSM.

2.3.4 L'absence de règlement intérieur

Le règlement intérieur, document obligatoire en vertu des articles L. 6143-7, L. 6143-1, R. 6144-1 du CSP et 36 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé définit les règles de fonctionnement de l'établissement concernant l'organisation administrative, médicale et soignante, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux ainsi qu'aux usagers. Il est arrêté par le directeur, après concertation avec le directoire et avis de différentes instances (conseil de surveillance, CME et CSE).

L'EPSM ne dispose pas de règlement intérieur alors qu'il constitue un document d'information et de référence sur les règles fixées pour assurer le bon fonctionnement des services et le respect des droits et obligations des usagers.

Selon l'établissement, la rédaction de ce règlement serait mis à l'ordre du jour des négociations collectives à la demande des organisations syndicales débutée depuis novembre 2023, lesquelles se poursuivent.

La chambre rappelle à l'établissement l'obligation d'établir et d'adopter son règlement intérieur en application des dispositions légales et réglementaires en vigueur. Elle prend acte de la réponse de l'ordonnateur de mettre en place des groupes de travail à compter de septembre 2025 pour se donner les moyens de disposer d'un règlement intérieur en 2026.

Recommandation n° 5 : (*régularité*) établir un règlement intérieur de l'établissement conformément aux dispositions des articles L. 6143-7, L. 6143-1, R. 6144-1 du code de la santé publique et 36 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé.

⁹⁴ Le partenariat avec les bailleurs sociaux, création d'un DU santé mentale, création de GEM sur des territoires isolés, recrutement d'infirmiers coordinateurs.

2.4 Des coopérations insuffisamment formalisées

Afin de fluidifier l'organisation du parcours de soins de ses patients sur le territoire, l'établissement doit travailler en partenariat avec les autres acteurs : établissements du GHT, structures hospitalières privées, collectivités territoriales.

2.4.1 Les relations de l'EPSM de Guadeloupe avec les autres structures hospitalières

2.4.1.1 Une coopération avec le groupement hospitalier de territoire en cours

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

L'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé définit les GHT : *« les groupements hospitaliers de territoires sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé »*.

Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.

Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

Dès juillet 2016, 135 GHT ont été constitués pour favoriser le travail en réseau de plus de 850 hôpitaux français.

Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, l'intégration des hôpitaux publics dans un GHT est une obligation, sauf dérogation expresse et strictement encadrée.

Le GHT de la Guadeloupe, dont l'établissement support est le CHU, regroupe les CH de Basse-Terre, de Beauperrhuy (Pointe Noire), de Selbonne (Bouillante), de Capesterre Belle-Eau, et de Sainte-Marie (Marie-Galante) et le CH gériatrique du Raizet. Une première convention avec l'EPSM avait été signée le 1^{er} juillet 2019 pour une durée de deux ans avec la double optique de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet médical partagé du GHT de la Guadeloupe et de participer à la réflexion sur l'organisation des fonctions support mutualisées du GHT.

Un projet de 2^{ème} convention datée d'octobre 2024 a été communiqué à la chambre mais n'a pas été signé. La direction a affirmé vouloir rejoindre le GHT en tant que membre associé⁹⁵.

⁹⁵ Cette volonté est retracée dans la convocation du comité stratégique du GHT de Guadeloupe en date du 18 avril 2024.

En réponse au rapport d'observations provisoires, la chambre constate que si cette démarche a été initiée, elle n'est néanmoins pas encore finalisée. Ainsi, une demande d'association au GHT a été présentée par la communauté psychiatrique de territoire (CPT) comprenant l'EPSM Guadeloupe lors du comité de direction du GHT de la Guadeloupe le 18 juin 2025.

2.4.1.2 Des modalités de collaboration avec le centre hospitalier de Basse-Terre non précisées

L'EPSM travaille de manière étroite avec le CHBT. Ainsi, il assure la prise en charge des urgences psychiatriques adultes au sein du service des urgences et la livraison des repas. Les médecins du service de pédiatrie du CHBT travaillent en collaboration avec les pédopsychiatres qui gèrent le service d'hospitalisation localisé sur le site de Saint-Claude.

Par ailleurs, les équipes de l'EPSM dépendent du CHBT pour la livraison des médicaments, à raison de trois fois par semaine. Sur place, la chambre a pu constater les défaillances du circuit du médicament, notamment au sein du service médical encadré par l'EPSM au sein du centre pénitentiaire. Ainsi, les responsables de services ont fait part de ruptures fréquentes du circuit du médicament, conduisant la cheffe de service à devoir s'approvisionner auprès de pharmacies de ville. Dans sa réponse, l'ordonnateur déclare que « *à la suite des travaux de la chambre, l'établissement a décidé de faire 2 prescriptions pour le service G04⁹⁶ dont une sera acheminée vers le Service Médico-Psychologique Régional .* ».

Ces ruptures du circuit du médicament illustrent la difficile mise en œuvre de la convention liant l'EPSM au CHBT⁹⁷. Ainsi, les modalités d'application figurant dans celle-ci ont fait l'objet de recommandations de la part de la HAS et de l'ARS lors de son inspection afin d'assurer une dispensation et une conciliation médicamenteuse régulières.

Interrogée, la direction a affirmé travailler sur de nouvelles modalités sans qu'un avenant ait été transmis. « *Dès mon arrivée à l'EPSMG, le PCME et moi avons tenté de faire le point sur cette convention pour répondre à la commande de l'ARS au sujet de la livraison du SMPR. Au cours d'une réunion en août 2023 avec la direction du CHBT, nous avons obtenu des accords de principe sur un certain nombre de points qui n'ont pas été suivis d'effet. La pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHBT a consenti un effort certain pour la préparation de la certification sans pour autant arriver à la conciliation médicamenteuse ou à la livraison du SMPR. A l'annonce des fiches anomalies sur le circuit du médicament, nous avons repris les discussions pour la renégociation de la convention, qui sont toujours en cours. Les questions de fond restent toujours en suspens* ».

⁹⁶ Voir définition annxe 2

⁹⁷ La pharmacie se trouve au CHBT.

Recommandation n° 6 : (*régularité*) formaliser les règles de coopération effectives avec le CH de Basse-Terre pour assurer le bon fonctionnement du circuit du médicament, comprenant un système de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse conformément à l'arrêté du 6 avril 2011.

2.4.1.3 Les coopérations avec les structures hospitalières privées ne sont pas encadrées par des conventions

L'EPSM travaille avec la clinique Espérance des Abymes et la clinique Les Nouvelles Eaux Vives de Saint-Claude. En réponse au rapport d'observations provisoires, la chambre a reçu les conventions signées avec ces deux cliniques privées en date du 15 mai 2025 pour la clinique de l'Espérance et du 2 juillet 2025 pour la clinique des Nouvelles Eaux Vives.

2.4.2 **Les conventions partenariales territoriales et les conseils locaux de santé mentale**

Dans le projet régional de santé, il est prévu de mettre en place un conseil local de santé mentale (CLSM) dans chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou mairie⁹⁸.

Les objectifs atteints sont actuellement en deçà des objectifs fixés par ce PRS. Ainsi, l'établissement a conclu, à la date de l'instruction, trois conventions de partenariat avec des EPCI : Cap Excellence⁹⁹, la CARL¹⁰⁰ et la CANGT¹⁰¹. Ces conventions prévoient de coopérer dans les domaines de la prévention en santé mentale, de l'accès aux soins et de la formation des acteurs locaux. Par ailleurs, deux conventions traitant de l'accueil social universel et inconditionnel de proximité (ASUIP) mettant en place des référents de parcours ont été signées avec le territoire du Sud Basse-Terre¹⁰² et le territoire du Nord Grande-Terre¹⁰³.

Plus généralement, les conventions conclues avec les collectivités territoriales sont peu nombreuses. Pour un territoire comprenant 32 communes et 6 EPCI, six conventions liées

⁹⁸ Axe 2 du projet régional de santé (PRS) 2018-2022.

⁹⁹ Communauté d'agglomération qui comprend les communes des Abymes de Baie-Mahault et de Pointe-à-Pitre.

¹⁰⁰ Communauté d'agglomération qui comprend les communes du Gosier, de Sainte-Anne, Saint-François et de la Désirade.

¹⁰¹ Communauté d'agglomération qui comprend les communes d'Anse-Bertrand, de Morne-à-l'Eau, du Moule, de Petit-Canal et de Port-Louis.

¹⁰² Tel qu'il est défini par le conseil départemental, qui ne correspondent pas à des personnalités juridiques. Le territoire du Sud Basse-Terre est composé des communes suivantes : Baillif, Basse-Terre, Bouillante, Capesterre-Belle-Eau, Gourbeyre, Saint-Claude, Terre-de-Bas, Terre-de-Haut, Trois-Rivières, Vieux-Fort, Vieux-Habitants

¹⁰³ Tel qu'il est défini par le conseil départemental, qui ne correspondent pas à des personnalités juridiques. Le territoire du Nord Grande-Terre est composé des communes suivantes : Anse-Bertrand, Morne-à-l'Eau, Le Moule, Petit-Canal, Port-Louis.

uniquement à la santé mentale ont été signées. Cependant, d'autres conventions sont en cours de validation.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gouvernance souffre d'une réunion irrégulière des instances de décisions non médicales. Le conseil de surveillance et le directoire ne respectent pas les fréquences réglementaires de réunion (respectivement 4 et 8 fois par an).

L'organisation en quatre pôles, bien qu'initiée en 2018, n'a été validée en décembre 2024, sans application effective avant 2025.

La stratégie de l'établissement pâtit de l'absence de lignes directrices. En effet, l'établissement ne disposait d'aucun projet d'établissement jusqu'en 2023. Le nouveau projet d'établissement 2023-2028 est ambitieux mais faiblement avancé. Aucun CPOM n'a été conclu avec l'ARS, privant l'établissement d'une feuille de route stratégique alignée sur le plan régional de santé et d'un suivi annuel des résultats avec l'ARS.

Le plan territorial de santé mentale (PTSM) adopté en 2020 a été partiellement mis en œuvre : aucun contrat territorial signé ni aucun comité de pilotage réuni. L'absence de mise en œuvre du PTSM nuit à l'application d'une déclinaison coordonnée et concertée du projet régional de santé (PRS) pour la santé mentale sur le territoire guadeloupéen. L'EPSM doit améliorer son pilotage stratégique via la mise en œuvre effective du projet d'établissement, l'application des projets du PTSM qui lui incombent et l'adoption d'un règlement intérieur formel.

La coordination entre les acteurs territoriaux est également l'une des réponses pour adapter l'offre aux besoins en soins dans un contexte de multiplicité des intervenants. Un effort de conventionnement avec les structures hospitalières publiques et privées a été réalisé suite aux constats de la chambre. Cela est d'autant plus indispensable que l'établissement présente des durées moyennes de séjour longues qu'il doit impérativement diminuer afin de mieux prendre en charge les patients en organisant la filière de santé en amont et en aval des hospitalisations. Des conventions avec des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux existent mais méritent d'être encore développées.

3 LES RESSOURCES HUMAINES

L'EPSM Guadeloupe compte 998,91 équivalent temps plein (ETP) en moyenne en 2024, soit 932,29 ETP de personnels non médicaux (PNM) et 59,62 de personnels médicaux (PM)¹⁰⁴.

Sur la période de contrôle, les charges de personnel progressent fortement, de 6,5 % en moyenne annuelle, s'expliquant par la progression des effectifs et l'effet prix des revalorisations salariales. En 2024, la masse salariale représente 76,41 M€ du budget de l'établissement.

La gestion des ressources humaines (GRH) de l'établissement s'inscrit dans un contexte social revendicatif durant la majeure partie de la période de contrôle. Elle se distingue également par des conditions de rémunération élevées, mises en place pour compenser un déficit d'attractivité pour les médecins. Par ailleurs, les documents fondamentaux encadrant la politique de ressources humaines, tels que les lignes directrices de gestion (LDG) ou le rapport social unique (RSU), sont encore en cours d'actualisation ou de formalisation.

3.1 Un contexte complexe marqué par la coexistence de deux accords locaux

3.1.1 Un dialogue social complexe freiné par la crise sanitaire

Depuis la création de l'établissement en 2018 et particulièrement durant les années de crise sanitaire, le dialogue social de l'établissement a été compliqué notamment en raison de grèves puis de la suspension de travail d'une partie importante du personnel.

La crise sanitaire s'est rapidement muée en crise sociale en Guadeloupe et plus singulièrement au sein des hôpitaux publics qui ont dû appliquer les règles liées à l'obligation vaccinale. L'application des modalités de l'obligation vaccinale s'est concrétisée par la suspension sans rémunération de plusieurs centaines d'agents hospitaliers du territoire et cette période a été émaillée de grèves et blocages sur les sites d'hospitalisation. Au total, l'absence des 122 agents de l'EPSM, qui ont connu au moins un jour de suspension en raison de l'obligation vaccinale, a généré 19 072 journées non travaillées entre le 5 novembre 2021 et le 15 mai 2023.

Par conséquent, les mesures et engagements en matière de ressources humaines pris dans la période 2021-2022¹⁰⁵ l'ont été dans le cadre d'un dialogue social limité.

La nouvelle direction de l'établissement a exprimé son intention de favoriser un dialogue social constructif et de renforcer la relation avec l'ensemble des professionnels. Toutefois, les instances paritaires ne se sont pas rencontrées avant octobre 2023, à la suite de plusieurs convocations des membres élus après les élections professionnelles de décembre 2022. Depuis,

¹⁰⁴ Données sur le personnel transmises au 31 mars 2025.

¹⁰⁵ Lignes directrices de gestion (validation CTE mai 2022) première ébauche de projet social (validation CTE mai 2022), charte de télétravail (septembre 2021)

la politique de RH de l'établissement fait l'objet de négociations paritaires visant à redéfinir un cadre commun d'organisation du travail à l'EPSM, étape préalable à la conclusion d'accords.

3.1.2 Des différences persistantes entre les deux accords qui compliquent la gestion opérationnelle des ressources humaines

En 2025, sept ans après la fusion de l'EPSM, deux accords locaux subsistent avec des conditions différentes d'exercice pour le personnel exerçant sur les sites de Basse-Terre et de Grande-Terre en matière de régime des jours fériés et chômés, d'autorisations d'absence, de temps de pause et de repas. Cette situation nécessite une mise en conformité et une harmonisation des pratiques à l'échelle de l'établissement.

Dans le cadre des négociations paritaires entamées en novembre 2023, un accord de méthode de travail a été signé en avril 2024 avec les deux organisations syndicales de l'EPSM. Cela vise à initier la démarche permettant, à terme, de remplacer les deux accords locaux encore en vigueur (CHM et CHU), à l'origine de disparités de traitement entre les agents selon leur site d'affectation¹⁰⁶.

Par ailleurs, la coexistence de ces deux accords locaux complique le pilotage des RH. La direction doit composer avec des règles distinctes pour le personnel en fonction du lieu de travail. Dans les faits, les RH sont gérées de manière opérationnelle par deux cadres qui s'occupent chacune d'une partie du personnel travaillant sur l'un des deux sites. Cette hétérogénéité nuit également à la production de tableaux de bord RH fiables : la majorité des indicateurs doivent être retraités manuellement, faute de pouvoir être extraits de manière automatisée.

3.1.3 Une répartition très hétérogène du temps de travail qui nécessite une régularisation

La réglementation en matière de temps de travail et d'organisation du travail dans les établissements publics de santé repose sur les dispositions de l'article 1 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, modifié par le décret n° 2007-826, relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. L'ensemble fixe le temps de travail dans les établissements publics de santé.

La loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 est venue renforcer ce respect du temps de travail. Elle dispose que *« les collectivités et établissements ayant maintenu des régimes dérogatoires disposent d'un délai d'un an à compter du renouvellement de leurs assemblées délibérantes pour définir les nouvelles règles relatives au temps de travail applicables à leurs agents »*. Il ne peut donc être maintenu des régimes dérogatoires.

¹⁰⁶ Cf annexes 8 et 9

La durée légale de travail des agents travaillant de jour en repos fixe est de 1 607 heures. Cette durée légale est ramenée à 1 582 heures pour les agents en repos variable et à 1 476 heures pour les agents travaillant de nuit. La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à leurs occupations personnelles.

La chambre a constaté une double hétérogénéité dans l'organisation du temps de travail à l'EPSM de Guadeloupe¹⁰⁷.

Tout d'abord entre les deux sites principaux de l'établissement (Grande-Terre et Basse-Terre), deux accords locaux distincts engendrent des différences significatives :

- le nombre de jours fériés est de 12 à Basse-Terre contre 13 à Grande-Terre ;
- les jours chômés varient également : 6 à Grande-Terre contre 9 à Basse-Terre.

Ces écarts influencent directement la durée annuelle du temps de travail, qui peut descendre à 1 498 heures pour le personnel en repos fixe au lieu de 1 607 heures. Avec le lissage annoncé de la journée de solidarité, la durée de 1 498 heures s'élève désormais à 1 505 heures. La chambre rappelle que seul le jour férié supplémentaire de l'abolition de l'esclavage dispose d'une base légale, devant être décompté du total annuel. Les autres jours dits fériés ou chômés n'ont pas de base légale, les accords locaux ne permettent pas de déroger à la loi.

Par ailleurs, au sein même de chaque site, les amplitudes horaires et durées hebdomadaires de travail varient fortement :

- en journée, les amplitudes vont de 7h30 à 8h, avec jusqu'à quatre grilles horaires différentes à Grande-Terre (notamment à l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences psychiatriques) ;
- de nuit, les amplitudes sont de 8h58 à Saint-Claude et de 10h à Grande-Terre ;
- les chevauchements d'équipes (temps de transmission) sont également très variables selon les unités : de 0 à 30 minutes.

La durée hebdomadaire de travail varie entre 35h, 36h et 37h30 suivants les sites.

Cette situation engendre non seulement des inégalités de traitement entre les agents, mais complique également la gestion du temps de travail pour les cadres et la direction des ressources humaines (DRH). Elle expose en outre l'établissement à des risques juridiques en cas de non-respect du cadre réglementaire national.

Plusieurs autres écarts à la règle nationale du temps de travail existent dans l'établissement. Dans sa note IJ/JG/2025-10 du 25 février 2025, la direction a supprimé la journée de solidarité liée à un jour férié. En l'absence d'explication détaillée de la compensation du temps travail supprimée, la chambre estime qu'il y avait une réduction non compensée du

¹⁰⁷ Cf Annexes 8 et 9

temps de travail. Interrogée à ce sujet, la direction a répondu le 17 avril qu'il y aurait un lissage annuel dans l'obligation annuelle de travail. Dans une mission sur site à la direction des ressources humaines postérieure à cet échange, la chambre a demandé aux cadres RH les conditions pratiques de cet éventuel lissage en l'absence de logiciel RH correctement paramétré pour l'ensemble du site. Il a été indiqué que ce lissage ne pourrait intervenir au plus tôt qu'en 2026. Dans l'attente, la chambre estime que cette diminution du temps travaillé représente un coût supérieur à 320 000 €¹⁰⁸. Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, la direction indique que le lissage est effectif. La chambre constate, après visite sur site et témoignage des responsables RH, que le lissage annoncé n'est pas effectif dans l'établissement.

Par ailleurs, l'accord le plus favorable et le plus dérogatoire de Grande-Terre donne systématiquement 25 jours en cas de départ à la retraite au lieu d'une demi-journée par année travaillée. Interrogée, l'ordonnatrice en fonction ne conteste pas l'écart à la règle mais estime que l'impact est « limité ». Selon elle, « *l'accord dit CHUG octroie 25 jours de congés lors du départ à la retraite contre 13 jours en moyenne pour l'accord local dit CHM. Soit un écart de 12 jours pour une dizaine de personnes : le préjudice financier devrait s'établir à 30K€ par an en moyenne.* »

Afin de parvenir à obtenir une estimation globale des écarts à la règle nationale des heures réellement travaillées, la chambre a procédé, lors d'une mission sur site, au relevé des heures de travail par agent notées dans le logiciel gérant le temps de travail pour les années 2020 à 2024. Ce relevé des écarts dans le logiciel RH aboutit à un manque d'heures non travaillées selon le logiciel de 802 959,63 heures en 2020, de 939 786,76 heures en 2021, de 1 095 082,55 heures en 2022, de 1 232 750,36 heures en 2023 et de 1 426 047 heures en 2024.

La DRH a indiqué que ce logiciel ne pouvait être paramétré efficacement et qu'ils n'avaient pas de visibilité sur l'ensemble des heures non travaillées dans l'établissement. Au vu du nombre d'heures non travaillées, il est plausible que le logiciel dysfonctionne. Si cette hypothèse nuancerait le constat précédent, il démontre l'absence de recensement du temps réellement travaillé dans l'établissement et l'absence de pilotage de ce dernier et, son corollaire, le paiement d'heures possiblement non travaillées. Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, la direction déclare que, dans l'attente du paramétrage du logiciel, « *les cadres assurent un suivi manuel des compteurs d'heures.* ». Toutefois, la chambre n'a pas pu constater ce suivi sur site.

La chambre rappelle à l'EPSM qu'il doit respecter la durée du temps de travail telle que fixée par les textes précités.

¹⁰⁸ Dans l'hypothèse minimaliste où l'ensemble du personnel soit aux 1 607 heures et en se basant sur la masse salariale de 74,5 M €, le manque à gagner s'élèverait à 7/1607^{èmes} de 74,5 M€, soit 324 517 euros. L'intégration d'une part du personnel travaillant 1 476 et 1 582 heures ne peut qu'augmenter cette première estimation.

Recommandation n° 7 : (*régularité*) respecter la règle des 1 607 heures (ou 1 582 ou 1 476 heures en fonction du régime applicable) pour le temps de travail annuel des agents, conformément aux articles 47 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 mettant fin aux dérogations en la matière et 1 du décret modifié n° 2002-9 du 4 janvier 2002.

3.2 Un manque de cadrage stratégique RH

3.2.1 Des lignes directrices de gestion non actualisées

Les LDG, définies par la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, sont applicables à l'ensemble des professionnels de la fonction publique. Elles définissent la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines.

Établies par le chef d'établissement, elles peuvent comporter des orientations qui sont propres à certaines missions, certaines structures internes ou certains corps ou ensemble de corps, et prendre en compte les besoins en ressources humaines de l'établissement liés notamment à la démographie des professionnels et aux spécificités du territoire où l'établissement est établi.

Les LDG de l'EPSM ont été établies le 18 mai 2022 et validées par le comité technique d'établissement. Toutefois, les besoins en personnel médical et non médical (psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, éducateurs, etc.) ne font pas l'objet d'une stratégie formalisée bien que les tensions sur des métiers existent.

Enfin, ces lignes, établies pour une durée de cinq ans, n'ont pas fait l'objet de révision depuis 2022.

Informée, la direction a admis l'absence d'actualisation en l'expliquant de la façon suivante : « *Une fois validées en 2022, les lignes de gestion n'ont pas été mises en pratique. Il a fallu attendre septembre 2023 et la reprise du dialogue social avec la mise en place du CSE pour commencer à exploiter ces lignes de gestion. Le retard accumulé en raison de l'absence de concertation avec les organisations syndicales s'est traduit par un nombre important de points urgents voire très urgents à traiter avant que ne se pose la question de l'évaluation, puis de la révision des lignes de gestion. Nous devrions être en mesure d'inscrire ce point à l'ordre du jour du CSE de septembre 2025.* ».

L'établissement doit à mettre à jour ses LDG en prenant en compte les métiers en tension dans l'établissement.

3.2.2 L'absence de rapport social unique

Le rapport social unique (RSU) regroupe les données relatives aux ressources humaines, telles que l'emploi, le recrutement, les parcours professionnels, la formation, les rémunérations, la santé et la sécurité au travail, l'organisation du travail, l'action sociale, le dialogue social et

la discipline. Ces informations peuvent être détaillées selon des critères tels que l'âge, le statut d'emploi, la catégorie hiérarchique, la zone géographique d'affectation et la situation de handicap des agents concernés.

Le RSU est transmis aux membres du CSE et fait l'objet d'un débat sur l'évolution des politiques de RH. Il est également rendu public, soit sur le site internet de l'établissement, soit par tout autre moyen, au plus tard avant la fin de l'année suivant celle concernée.

L'établissement n'a pas été en mesure de transmettre un RSU. Toutefois, en 2021 et 2022, deux bases de données sociales sous Excel ont été élaborées, comportant certains indicateurs, mais sans constituer un RSU rédigé.

Informée, la direction a reconnu ce manque : « *Le RSU n'a pas été publié comme le prévoit la réglementation. Il s'agit d'un dysfonctionnement interne.* ».

Par conséquent, l'établissement doit produire un RSU conforme aux dispositions du décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020. Par ailleurs, un arrêté du 28 avril 2022 définit, pour la fonction publique hospitalière, la liste des indicateurs devant figurer dans la base de données sociales, afin d'actualiser les bases existantes au sein de l'établissement.

Recommandation n° 8 : (régularité) Produire un rapport social unique (RSU) conformément aux dispositions de l'article L. 231-1 du code général de la fonction publique.

3.3 La gestion des effectifs médicaux et non médicaux

3.3.1 Une attractivité médicale renforcée au prix de salaires élevés

Au 31 décembre 2024, le personnel médical était constitué de 69,01 équivalents temps pleins rémunérés (ETPR) dont 37 % de praticiens contractuels à durée déterminée contre 16 % en 2020.

L'EPSM a retrouvé une certaine attractivité médicale au cours de la période de contrôle en augmentant de plus de 12 % le nombre de médecins en exercice¹⁰⁹. Cette augmentation a permis de répondre à la hausse de l'activité de l'établissement.

¹⁰⁹ Parmi les mesures en faveur du renforcement de l'attractivité, il a été décidé de soutenir les internes en prenant en charge les frais de logement dans la limite de 750 € par mois, en sus de la prise en charge du billet d'avion aller-retour. (cf rapport présentation EPRD 2024 p. 39).

Tableau n° 10 : effectifs en ETPR du personnel médical 2020 à 2024

Personnel médical	2020	2021	2022	2023	2024	Variation	
Assistant des hôpitaux ¹¹⁰	0,83	1,66	1,42	0,34	-	- 0,83	-100,00 %
Praticien contractuel CDD ¹¹¹	10,00	11,77	13,61	16,96	25,41	15,42	154,23 %
Praticien attaché ¹¹²	4,04	2,49	1,00	0,28	-	- 4,04	-100,00 %
Clinicien hospitalier	4,95	5,76	8,08	5,18	3,50	- 1,44	-29,18 %
Praticien hospitalier ¹¹³	33,70	30,10	28,52	28,15	28,94	- 4,76	-14,13 %
Docteur junior	0,33	2,17	2,81	2,03	1,78	1,44	432,79 %
Etudiant en médecine ¹¹⁴	-		0,50	-	-	-	
Faisant fonction d'interne ¹¹⁵	0,71	1,43	2,88	0,80	1,63	0,91	128,27 %
Interne en médecine ¹¹⁶	6,88	7,11	5,26	7,76	7,75	0,88	12,73 %
Total personnel médical	61,43	62,48	64,07	61,50	69,01	7,58	12,34 %

Source : CRC de Guadeloupe, d'après les données obtenues auprès de l'établissement

Le recours aux praticiens contractuels s'est intensifié, passant de 17 % en 2019 à 29 % en mars 2023, avec une prévision à 46 % dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2023.

L'article R. 6152-338 du CSP prévoit quatre motifs de recrutement :

- motif 1 : pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité ;
- motif 2 : en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ;
- motif 3 : dans l'attente de l'inscription du praticien sur la liste d'aptitude au concours national de praticien hospitalier (PH) des établissements publics de santé ;
- motif 4 : pour compléter l'offre de soins de l'établissement avec le concours de la médecine de ville et des établissements de santé privés d'intérêt collectif et privés mentionnés à l'article L. 6111-1 du CSP, concourant au développement des coopérations ville-hôpital et des exercices mixtes.

¹¹⁰ L'assistant des hôpitaux est un médecin ou un pharmacien exerçant dans un établissement public de santé, généralement en complément d'une formation spécialisée ou en début de carrière hospitalière

¹¹¹ Médecin recruté par contrat, en attente d'une titularisation comme PH.

¹¹² Le praticien attaché, médecin exerçant à temps partiel, souvent en complément d'une activité libérale

¹¹³ Statut de fonctionnaire, médecin titulaire exerçant à plein temps ou à temps partiel, avec des responsabilités cliniques et parfois administratives.

¹¹⁴ Le docteur junior est un médecin diplômé, tandis que l'étudiant en médecine est encore en formation et n'a pas encore obtenu son diplôme de docteur en médecine.

¹¹⁵ Le Faisant Fonction d'Interne (FFI) est un médecin (ou parfois un pharmacien) qui exerce des fonctions similaires à celles d'un interne, mais sans avoir officiellement ce statut.

¹¹⁶ L'interne est un praticien en apprentissage dans sa spécialité (médecine générale, chirurgie, psychiatrie, etc.).

Pour les praticiens recrutés sur le motif 2, le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, dans la limite de six années au total. Au niveau territorial, une durée minimale de 6 semaines a été harmonisée par l'ARS pour l'ensemble des établissements publics de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

La majorité des contractuels de l'EPSM sont recrutés au titre du motif 2 (20 sur 30 en décembre 2024). Ce motif est normalement réservé aux difficultés particulières de recrutement ou d'exercice des praticiens¹¹⁷. Il est, cependant, le plus intéressant financièrement¹¹⁸.

En 2024, les contractuels constituent 46 % du personnel médical contre 33 % en 2020. À l'inverse, la part des titulaires est passée de 66,05 % en 2020 à 53 % en 2024, soit une diminution de 20 %, au bénéfice du personnel contractuel.

Tableau n° 11 : taux de contractuels au sein du personnel médical

<i>En ETPR</i>	2020	2021	2022	2023	2024	Variation
<i>Total personnel médical</i>	61,43	62,48	64,07	61,50	69,01	12,34 %
<i>Part en % de contractuel</i>	33,95 %	40,46 %	46,50 %	41,61 %	46,83 %	37,95 %

Source : CRC de Guadeloupe, d'après les données obtenues auprès de l'établissement

La rémunération des praticiens contractuels engagés sous motif 2 est composée d'une part fixe et d'une part variable. Le montant de la part variable prévue au contrat est déterminé en fonction de son expérience et du niveau de responsabilité et d'expertise requis pour l'exercice des fonctions¹¹⁹. Son versement reste soumis à la réalisation des objectifs fixés, évalués annuellement.

Selon la direction des affaires médicales, la vérification de l'atteinte de ces objectifs n'a pas été effectuée durant les années 2022 à 2024. Cela constitue une irrégularité. Alertée, la direction a produit une note à destination de la CME afin de formaliser la tenue de ces entretiens annuels permettant de vérifier l'atteinte de ces objectifs.

En dehors de la rémunération des praticiens contractuels de motif 2, l'autre levier principal d'attractivité concerne les praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE). Leur nombre a augmenté régulièrement dans l'établissement : trois en 2021, quatre en 2022, huit en 2023, dix en 2024. Ils bénéficient d'un cadre d'exercice favorable grâce à la commission

¹¹⁷ Décret n° 2022-135 du 5 février 2022.

¹¹⁸ Dans l'Hexagone, le plafond de rémunération d'un motif 2 est supérieur de 30 % au dernier échelon de la grille de praticien hospitalier, soit 119 ou 130 euros bruts par an. En Guadeloupe, cette rémunération est renforcée avec l'indemnité de 40 % sur le traitement indiciaire, aboutissant dans certains cas à des salaires nets supérieurs à 11 000 euros, comme certaines fiches de paie que la Chambre a pu consulter.

¹¹⁹ R. 6152-338 du CSP complété par l'instruction N° DGOS/RH5/2022/56 du 28 février 2022 relative aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels et l'arrêté du 7 janvier 2025 pour la part variable des motifs 2.

territoriale d'autorisation d'exercice (CTAE)¹²⁰. Ainsi, ils peuvent bénéficier d'une autorisation de plein exercice dès le début de leur activité, contrairement à l'Hexagone, sans avoir à valider de manière préalable les examens de vérification des connaissances¹²¹.

Les autres leviers d'attractivité s'avèrent peu efficaces pour combler l'ensemble des besoins en psychiatrie. Des conventions d'engagement dans la carrière hospitalière peuvent être conclues avec les praticiens contractuels souhaitant se présenter au concours de praticien hospitalier. En cas de réussite, ces derniers s'engagent à exercer pendant trois années en qualité de praticien hospitalier. La signature de cette convention ouvre droit à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH), d'un montant de 20 000 €, versée en deux fois : 10 000 € à la signature, puis 10 000 € à la nomination en période probatoire. Sur la période de contrôle de la chambre, seules deux primes PECH ont été attribuées. Dans sa réponse l'ordonnateur indique que le nombre de PECH signées sur la période contrôle est de 8.

Si les difficultés auxquelles s'est heurté l'établissement pour améliorer l'attractivité sont réelles, il apparaît qu'une spirale haussière des rémunérations a été enclenchée par l'établissement pour recruter des soignants. L'établissement dépend également fortement du nombre de PADHUE exerçant en son sein.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur précise que l'augmentation de la masse salariale résulte de l'application des dispositifs d'attractivité permettant le recrutement de praticiens en outre-mer.

3.3.2 L'évolution contrastée du personnel non médical : un renforcement des fonctions administratives, des besoins persistants pour les métiers en tension

Le personnel non médical comptait 988,94 en 2024 contre 893,94 ETPR en 2020, soit une croissance de 10,63 %. La croissance des effectifs non médicaux concerne prioritairement le personnel en contrat à durée indéterminée (+ 62,39 %) et les personnels en contrat de remplacement¹²² (+ 54,56 %).

Pour autant, le volume de personnels sous contrats de remplacement a diminué en 2024 au profit des titulaires fonctionnaires. Par exemple, dans le cadre de la politique de résorption de l'emploi précaire mise en place par l'EPSM, une campagne de concours a été initiée durant le 2^{ème} semestre 2023 afin de régulariser la situation de 97 agents exerçant dans l'établissement en qualité de contractuels.

¹²⁰ Décret n° 2024-664 du 3 juillet 2024 relatif à l'exercice dans certains territoires d'outre-mer des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité et de diplôme normalement applicables.

¹²¹ Les EVC sont des examens nationaux organisés par le Centre national de gestion (CNG) qui permettent aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou pharmaciens diplômés hors de l'UE de faire reconnaître leurs qualifications professionnelles en France et d'obtenir l'autorisation d'exercice (AE) dans le système de santé public ou privé.

¹²² Pour pallier l'absence temporaire d'un agent titulaire (congé maladie, maternité, formation, etc.). Ces contrats permettent d'assurer la continuité des soins et du fonctionnement des services en l'absence des titulaires.

Tableau n° 12 : effectifs du personnel non médical en ETPR

Personnel non médical	2020	2021	2022	2023	2024	Variation	
Contrat de remplacement	137,73	177,16	217,51	219,66	212,88	75,15	54,56 %
Contrat à durée indéterminé	57,74	76,00	70,26	74,65	93,77	36,03	62,39 %
Fonctionnaire	698,47	662,75	634,24	663,79	682,29	-16,17	-2,32 %
Total	893,94	915,90	922,01	958,10	988,94	95,00	10,63 %

Source : CRC de Guadeloupe, d'après les données obtenues auprès de l'établissement

Selon l'établissement, l'augmentation de 10,63 % du personnel non médical sur la période de contrôle s'explique par la création de nouveaux projets et le renforcement de certaines missions, désormais prises en charge directement par l'établissement notamment : la constitution d'une équipe opérationnelle d'hygiène, auparavant mutualisée avec le CHU et le CHBT¹²³, qui relève désormais pleinement de l'EPSM ; la mise en place d'une activité de liaison en pédiatrie, en collaboration avec les services du CHU et du CHBT ; l'équipe EMADO, et le CSAPAG de Sainte-Rose ; le renforcement de la filière des urgences psychiatriques, notamment à travers la réduction des délais d'attente au sein de l'UHCD¹²⁴, ce qui a nécessité l'allocation de personnel non médical ; la mise en œuvre de dispositifs spécifiques en matière de prévention du suicide, tels que Vigilans et la plateforme 3114.

Si ces nouveaux projets engagés depuis 2023 ont bien été mis en place, ils se sont traduits par une hausse significative des personnels socio-éducatifs (+ 34,55 %), du personnel de direction et administratif (+ 29,47 %) ainsi que du personnel soignant (+ 17,43 %). L'équipe de direction, qui comptait cinq membres en janvier 2023 (directeur, directeur adjoint chargé des ressources humaines et des affaires médicales, directeur des soins, directeur adjoint aux services techniques, directeur adjoint chargé de la logistique) est passée à huit personnes.

Selon l'ordonnateur, le recrutement d'un directeur adjoint finances a été justifié par la vacance prolongée de la fonction. La création d'un poste de directeur chargé de la coopération territoriale en octobre 2023 est justifiée par « *le constat de carences* » dans le domaine. Parallèlement, une directrice adjointe chargée du secteur médico-social a été embauchée.

Par ailleurs, l'ordonnateur précise que la direction des soins a été renforcée par l'arrivée d'une cadre supérieure de santé chargée notamment de l'accompagnement des faisant fonction, de la gestion des pratiques professionnelles et du circuit du médicament, domaine fragilisé malgré la coopération avec le CHBT et marqué par un échec de certification.

En dépit des arguments de l'ordonnateur, l'ampleur de ces augmentations interroge. Ainsi, le passage de cinq à huit personnes en deux ans de l'équipe de direction, n'est pas objectivement motivé par une évolution à due concurrence de l'activité de l'EPSM. À titre emblématique, une directrice adjointe est désormais chargée de mission tout en étant dépourvue d'équipe à manager. Par ailleurs, le nombre de cadres supérieurs de santé à la direction des soins a été triplé en trois ans.

¹²³ Centre hospitalier de Basse-Terre

¹²⁴ Unité d'hospitalisation de courte durée

Tableau n° 13 : structure des effectifs des personnels non médicaux en ETPR

Structure des effectifs des personnels non médicaux	2020	2021	2022	2023	2024	Variation	
Aide soignants	42,23	43,20	47,62	51,64	49,59	7,36	17,43 %
Assistant médico-administratif	42,85	42,20	39,90	43,04	48,11	5,26	12,27 %
Autres	7,37	8,03	7,38	6,93	5,20	- 2,17	-29,41 %
Infirmiers	380,98	382,79	376,54	392,40	410,70	29,72	7,80 %
Personnels de direction et administratifs	57,84	59,19	65,38	69,10	74,89	17,05	29,47 %
Personnels de rééducation	21,01	22,73	24,57	24,45	23,48	2,47	11,77 %
Personnels éducatifs et sociaux	73,03	82,93	85,79	96,42	98,25	25,23	34,55 %
Personnels médico-techniques	3,33	2,99	2,49	2,50	1,84	- 1,49	- 44,62 %
Personnels soignants hors infirmiers et aides-soignants	119,98	121,02	121,93	123,85	128,73	8,75	7,29 %
Personnels techniques et ouvriers	02,53	106,10	107,74	106,73	105,12	2,59	2,52 %
Psychologues	42,80	44,73	42,65	41,05	43,03	0,24	0,55 %
Total général	893,94	915,90	922,01	958,10	988,94	95,00	10,63 %

Source : CRC de Guadeloupe, d'après les données obtenues auprès de l'établissement

3.3.3 Une masse salariale en nette augmentation

3.3.3.1 Les effets du « Ségur de la santé » sur la rémunération

Les accords dits du « Ségur de la santé » signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le ministre des solidarités et de la santé et une majorité d'organisations salariales contiennent plusieurs mesures destinées à revaloriser les métiers, les carrières et les rémunérations du service public de la santé.

En 2021, l'augmentation de la masse salariale du personnel non médical découle en partie des hausses de rémunération liées à ces accords.

Parmi les mesures ayant un impact sur la masse salariale figure le complément de traitement indiciaire (CTI)¹²⁵. Il revalorise la rémunération des personnels non médicaux (soignants, administratifs, techniques...) titulaires ou contractuels par l'attribution de 24 points d'indice (90 € nets) à compter du 1^{er} septembre 2020¹²⁶ auxquels s'ajoutent 25 points (93 € nets) à compter du 1^{er} mars 2021, soit une augmentation mensuelle de 183 €. Le montant du CTI suivant l'évolution de la valeur du point d'indice dans la fonction publique, s'élève à 188,62 € nets au 1^{er} janvier 2023. À titre d'exemple, il représente pour l'EPSM, une dépense de 366 621 € en 2020 et 1 843 317,22 € en 2022¹²⁷.

S'agissant du personnel médical, l'indemnité de service public exclusif (ISPE) a été revalorisée, passant de 493 € bruts mensuels pour les praticiens de moins de 15 ans d'ancienneté et de 704 € bruts pour les praticiens de plus de 15 ans d'ancienneté à 1 010 € bruts par mois pour tous les médecins à partir du 1^{er} janvier 2021.

À l'EPSM, le nombre de médecins percevant cette indemnité se monte à 31 personnes. Le coût de cette indemnité s'élève à 356 782 € en 2021, à 329 240 € en 2022, 362 992 € en 2023 puis à 341 147 € en 2024.

Interrogé à plusieurs reprises au sujet de l'impact des mesures « *Sécurité de la santé* » sur la masse salariale, l'établissement n'a pas répondu.

3.3.3.2 Des recrutements en forte hausse

Entre 2020 et 2024, la masse salariale de l'établissement a connu une progression annuelle moyenne de 6,5 %, soit une variation totale de près de 29 %.

En 2022, les actions engagées en matière d'attractivité et de fidélisation ont contribué à une accélération des recrutements. Ces mesures ont notamment permis de renforcer la visibilité de l'établissement au niveau national et d'impliquer davantage les praticiens hospitaliers, notamment par le biais de l'accompagnement des internes et de leur participation à des manifestations scientifiques.

En 2023, l'augmentation des charges de personnel résulte de la volonté affichée par la nouvelle direction de renforcer les effectifs médicaux, dans l'objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Ainsi, sur l'ensemble de la période sous revue, les dépenses de personnel ont connu une hausse significative : la masse salariale du personnel non médical est passée de 36,71 M€ en 2020 à 45,46 M€ en 2024, tandis que celle du personnel médical a progressé de 6,6 M€ à 9,2 M€.

¹²⁵ Ce complément a été créé par l'article 48 de loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et mis en œuvre par le décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics.

¹²⁶ Versés à titre rétroactif sur la paie de janvier 2021.

¹²⁷ D'après l'analyse des bulletins de paie.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, la direction précise que « concernant le personnel médical, malgré cette hausse normale et souhaitée, il est à noter que le déficit de praticiens n'est toujours pas comblé (il manque toujours 10 ETP de médecin). Toutefois, jusqu'à présent, l'EPSMG n'a pas eu, à la différence de nombreux établissements, à fermer de lits pour cause d'absence de praticiens. Concernant le personnel non médical, l'augmentation de la masse salariale s'explique aussi par le nombre croissant de professionnels dans les services de soins bénéficiant d'un temps partiel thérapeutique payé à temps plein mais qui doivent être remplacés dans leur équipe ce qui représente un surcoût non négligeable. » Toutefois, ces précisions sont apportées sans justificatifs.

Tableau n° 14 : évolution de la masse salariale de l'EPSM – en €

	2020	2021	2022	2023	2024*	Variation annuelle moyenne
Rémunérations du personnel non médical	36 718 177	39 442 444	40 619 483	44 201 770	45 461 185	5,5 %
Rémunérations du personnel médical	6 679 664	7 217 805	7 657 982	8 116 488	9 246 129	8,5 %
Charges sociales totales sur personnel	13 179 596	14 837 237	16 001 193	17 298 038	18 511 572	8,9 %
Impôts et taxes liés au personnel	2 163 957	2 444 684	2 648 832	2 972 979	2 884 242	7,4 %
Charges de personnel externe (cpt 621)	629 201	253 925	169 325	301 441	314 090	-15,9 %
Charges de personnel totales consolidées	59 370 596	64 196 094	67 096 815	72 890 716	76 417 219	6,5 %

* Données provisoires

Source : CRC de Guadeloupe, comptes consolidés d'après les données ANAFI

3.4 Des irrégularités en matière de recrutement et de gestion des indemnités compensatoires de logement

3.4.1 Un recrutement irrégulier pour le personnel de direction

Les contractuels doivent être recrutés expressément en référence à l'un des corps de la fonction publique hospitalière, sans que le caractère spécifique des fonctions ayant motivé le recrutement ne soit mentionné dans les dossiers et les contrats.

En outre, la régularité du recrutement d'un contractuel sur un emploi permanent est subordonnée au respect d'une procédure de sélection transparente, notamment par la publicité préalable du poste, afin de garantir l'égal accès des agents titulaires à ces emplois. Le décret n° 2018-1351 du 28 décembre 2018 relatif à l'obligation de publicité des emplois vacants sur un espace numérique commun aux trois fonctions publiques impose à cet effet la publication des vacances de postes à l'échelle nationale dans les établissements publics de santé.

Or, l'examen du recrutement du directeur adjoint chargé des finances révèle une absence de publicité du poste au cours des quatorze mois ayant précédé son entrée en fonctions. Le contrat a été signé le 29 mars 2023 tandis que la dernière offre de poste a été publiée le 2 février 2022. L'absence de concomitance entre la publication du poste et le recrutement prive ce processus de transparence.

Cette carence empêche toute mise en concurrence effective. La direction a reconnu l'absence de publication préalable dans l'année précédant le recrutement, confirmant ainsi le caractère irrégulier de la procédure suivie.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que ce recrutement « *quasi de crise* » avait été effectué « *dans l'urgence* » en raison de l'importance des dossiers financiers à régler. Toutefois, la chambre constate que le caractère d'urgence et de crise n'est pas démontré.

L'EPSM doit donc veiller à l'avenir à respecter les règles de publicité relatives à la vacance de postes.

3.4.2 Une gestion lacunaire des indemnités compensatoires de logement

Le décret n° 2010-30 modifié du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et l'arrêté du 8 janvier 2010¹²⁸ fixent le cadre réglementaire des attributions des logements de fonction des personnels hospitaliers.

Aux termes de l'article 2 du décret précité, seuls les fonctionnaires relevant des corps et statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins, ainsi que ceux exerçant les fonctions d'administrateur provisoire au titre de l'article L. 6143-3-1 du CSP, peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service, en contrepartie de leur participation aux gardes de direction et de l'exercice de responsabilités permanentes liées à la continuité du service public (alinéa 1).

Le décret n° 2010 du 8 janvier 2010 précise que les directeurs d'hôpitaux, les directeurs d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directeurs de soins (depuis le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013) et administrateurs provisoires, doivent du fait de leurs fonctions participer aux gardes de direction pour lesquelles ils sont logés ou indemnisés. Aucune condition concernant le nombre de gardes n'est prévue pour ces corps de fonctionnaires.

Par ailleurs, une deuxième catégorie de personnels peut effectuer des gardes : ingénieurs, cadres socio-éducatifs, cadres de santé, attachés d'administration hospitalière, responsables de centres maternels, de pouponnières et de crèches. L'arrêté du 8 janvier 2010 précise que le nombre annuel de journées de gardes de direction pour ces personnels ne peut être inférieur à 40 journées.

¹²⁸ Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction peuvent bénéficier d'une concession de logement pour nécessité absolue de service.

L'article L. 721-4 du CSP, énonce que « *le fonctionnaire hospitalier peut être astreint à résider dans ou à proximité de son établissement d'affectation et peut bénéficier d'avantages en nature. L'établissement ne pouvant assurer le logement de ce fonctionnaire lui verse une indemnité compensatrice* ».

Sur la période de contrôle, trois directeurs n'ont été inclus dans le planning de garde qu'après six mois de travail effectif. Ces derniers ont tout de même bénéficié de l'indemnité compensatoire de logement pendant un semestre sans effectuer de garde. Interrogée, la direction a reconnu cette période de latence.

Enfin, la directrice ne figure pas au planning de garde et n'est mentionnée que très épisodiquement dans les rapports de garde transmis. Par conséquent, la directrice de l'établissement n'a pas effectué de gardes de direction selon les documents transmis par les services au cours des années 2023 et 2024. Elle bénéficie tout de même de l'indemnité de garde depuis sa prise de fonctions au 1^{er} janvier 2023. Informée, la direction a indiqué vouloir retracer désormais dans les rapports les interventions de la directrice.

En réponse au rapport d'observations provisoires, la directrice reconnaît des « *dysfonctionnements* » pour l'inscription des nouveaux recrutés dans le tableau de garde. Elle explique cette difficulté par des contraintes personnelles (décès) et numériques (absence de clé de signature). Elle assure avoir pris des mesures afin que cela ne se renouvelle pas. Elle indique également avoir mis en place une deuxième ligne de garde afin que ses gardes de direction soient bien retracées. Elle n'a toutefois pas été en mesure d'apporter des pièces justificatives à l'appui des rectifications.

Recommandation n° 9 : (*régularité*) respecter les conditions d'octroi des avantages logement pour nécessité absolue de service et de l'indemnité compensatrice de logement prévues par l'article L. 721-4 du code de la santé publique.

3.4.3 L'établissement ne respecte pas ses obligations d'emploi des personnes en situation de handicap

Les dispositions de l'article 1 du décret n° 97-185 du 25 février 1997 assujettissent les établissements hospitaliers à l'obligation d'emploi prévue à l'article L. 5212-2 du code du travail. Celui-ci fixe une proportion minimale de 6 % de travailleurs handicapés au sein de l'effectif total. Ce que ne respecte pas l'EPSM.

Tableau n° 15 : emploi des personnes en situation de handicap de 2021 à 2024 – en % et en €

Années	2021	2022	2023	2024
Taux de personnes en situation de handicap	2	2	2	3
Contribution	69 235,14	81 744	66 420	23 328

Source : CRC de Guadeloupe

En conséquence, l'EPSM a dû verser au titre de la contribution financière au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) : 69 235,14 € en 2021 ; 81 744 € en 2022 ; 66 420 € en 2023 et 23 328 € en 2024, représentant une contribution globale de 240 727,14 €.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement emploie près de 1 010 ETP, dont 69 médecins en 2024. Les charges de personnel ont augmenté fortement (+6,5 %/an), portées par des revalorisations salariales et des recrutements pour répondre aux besoins. La masse salariale est passée de 59 M€ à 76 M€ entre 2020 et 2024. L'attractivité médicale repose surtout sur le recours accru à des contractuels (+46 % en 2024), aux salaires élevés mais sans évaluation systématique des objectifs fixés.

La gestion des ressources humaines reste structurellement fragile : absence de rapport social unique, lignes directrices de gestion non mises à jour ainsi que deux accords locaux toujours en vigueur, générant des inégalités internes (jours fériés, temps de travail, régime d'astreinte) auxquels l'EPSM doit mettre fin.

Concernant le personnel non médical (+ 10,6 % entre 2020 et 2024), les effectifs ont été renforcés dans les services administratifs, sans que l'activité ne le justifie toujours, et médico-sociaux. Par ailleurs, des tensions subsistent dans certains métiers (orthophonistes, psychomotriciens...).

L'établissement ne respecte pas la réglementation en matière de temps de travail, d'indemnités de garde et ne se conforme pas à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (taux de 3 % pour 6 % requis), entraînant plus de 240 000 € de pénalités.

4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES

La procédure budgétaire des établissements de santé

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP), document financier prospectif sur cinq ans sont transmis en même temps au directeur général de l'ARS pour approbation.

Aux termes de l'article L. 6145-2 du CSP « *Si l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas fixé par le directeur à une date fixée par voie réglementaire, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif* »¹²⁹.

Conformément aux articles L. 6143-4 et R. 6145-29 du CSP, l'EPRD et le PGFP sont réputés approuvés si le directeur général de l'ARS n'a pas fait connaître son opposition dans les trente jours suivant la réception du projet de l'EPRD.

En application de l'article D. 6145-31 du CSP, le directeur général de l'ARS peut s'opposer au projet d'EPRD lorsque celui-ci n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 du même code ou pour un ou plusieurs des motifs¹³⁰ suivants, et en particulier « *en cas de situation financière dégradée* ».

En vertu des dispositions de l'article D. 6145-33 du CSP : « *Le directeur général de l'ARS peut formuler des observations sur le projet d'EPRD sans assortir cet avis d'un refus exprès d'approbation* ».

Dans le cas où l'EPRD n'est pas approuvé par le directeur général de l'ARS (DGARS), le directeur de l'établissement en fixe, après concertation avec le directoire, un nouveau tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général. Si le directeur ne fixe pas un nouvel état ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'ARS, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2 du CSP.

¹²⁹ La date limite réglementaire pour le dépôt des EPRD est de 30 jours après réception de la plus tardive des notifications de financements alloués au titre de l'exercice N et au plus tard le 30 juin de l'exercice N.

¹³⁰ Les motifs de non approbation du projet d'EPRD aux termes de l'article D. 6145-31 du CSP sont :

- Les prévisions de recettes excèdent les ressources fixées en application des articles L. 162-22-10 et R. 162-33-16 du code de la sécurité sociale ;
- Les prévisions de recettes sont fondées sur des prévisions d'activités manifestement erronées, portent sur des activités non autorisées, ou sont fondées sur des augmentations d'activités incompatibles avec les objectifs du schéma régional de santé ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Le projet d'EPRD ne tient pas compte des engagements prévus au contrat pluriannuel mentionné ci-dessus et de son exécution ;
- En cas de situation financière dégradée, les mesures de redressement de la situation financière adoptées par l'établissement ne sont pas adaptées.

4.1 La gestion budgétaire

4.1.1 Les différents budgets de l'établissement

L'EPSM de Guadeloupe dispose d'un budget principal et de quatre budgets annexes. Les activités de ces structures relèvent du champ médico-social, au titre de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

En 2024, le budget principal représente 93 % de l'ensemble des budgets de l'EPSM.

Tableau n° 16 : le poids des différents budgets de l'EPSM en 2024 – en €

Budgets	Prévisions budgétaires	Part en %
Budget principal (H)	92 282 857	93
Centre d'action médico-sociale précoce - (CAMSP de Basse-Terre (P1)	1 518 329	2
Centre de ressources en autisme généraliste - CRA-G (P2)	551 365	1
Centre de soins d'accompagnement en addictologie - CSAPAG (P3)	1 700 955	2
Centre d'action médico-sociale précoce - CAMSP de Pointe à Pitre (P4)	2 227 614	2
Total consolidé	98 281 121	100

Source : compte financier

4.1.2 La transmission des documents budgétaires

Les articles L. 6143-7 et R. 6145-29 du CSP prévoient que l'EPRD est fixé par le directeur de l'établissement après concertation avec le directoire. Il est ensuite transmis au directeur général de l'ARS au plus tard le 1^{er} janvier de l'année concernée. Ce délai a été reporté au 31 mars 2021, pour le seul EPRD 2021, compte tenu de la crise sanitaire.

En application de l'article R. 6145-66 du CSP, le PGFP, révisé chaque année, est transmis avec le budget en vue de son approbation¹³¹ par l'ARS.

Les articles R. 6145-46 et R. 6145-47 du CSP précisent que les délibérations du conseil de surveillance relatives au compte financier et à l'affectation des résultats de chaque compte de résultat doivent intervenir au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent, puis transmis dans un délai de huit jours à l'ARS.

¹³¹ En application du II de l'article 8 de l'ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 susvisée, le plan global de financement pluriannuel pour la période 2021-2025 est révisé au plus tard le 30 juin 2021.

4.1.2.1 Le calendrier des EPRD et des PGFP révèle un long dialogue de gestion

Les EPRD annuels de l'établissement ne font pas fait l'objet d'une approbation par le directeur général de l'ARS dès leur première version. À l'exception de l'année 2020, ils sont soit assortis de réserves soit refusés. L'EPRD de 2025 a fait l'objet d'un arrêté d'office.

Tableau n° 17 : dates de dépôt des EPRD

Année	Date premier dépôt EPRD sur Ancre	Date dernier dépôt EPRD sur Ancre après refus	Date d'approbation/fixation de l'EPRD par l'ARS	Approbation PGFP
2020	19/12/2019		28/02/2020	28/02/2020
2021	24/12/2020 (transmission papier)		18/05/2021 avec remarques	Délai dépôt prorogé jusqu'en juin 2021
2022	19/01/2022		14/04/2022 avec remarques	Incomplet, non acceptable
2023	31/01/2023		09/03/2023 avec remarques	Refusé le 09/03/2023
2024	31/12/2023	07/08/2024	03/09/2024	
2025	31/12/2024	10/03/2025 (selon ARS)	09/04/2025	Suspendu

Source : CRC de Guadeloupe à partir des données de l'EPSM et de l'ARS de Guadeloupe

L'EPSM a transmis les projets d'EPRD de 2022 et 2023 au-delà de la date limite fixée.

Le projet d'EPRD de 2021 a été refusé par l'ARS en raison des retards engendrés par la crise sanitaire au niveau de la saisie du compte financier 2019 sur la plateforme dédiée « Ancre ». L'EPRD de 2023 a été approuvé le 9 mars 2023 mais le PGFP 2023 a été d'abord refusé le 9 mars 2023 et n'est pas approuvé dans le courrier de l'ARS en date du 20 juillet 2023.

L'EPRD 2024 et son rapport de présentation ont été refusés quatre fois. L'EPRD a finalement été approuvé le 3 septembre 2024 privant l'établissement de sa totale autonomie budgétaire durant plus de huit mois.

L'EPRD 2025 a été refusé par l'ARS le 31 janvier 2025 en vertu des articles R. 6145.11 et D. 6145-67 du CSP. L'autorité de contrôle a signalé l'absence des données de corrélation entre les moyens nouveaux et l'activité de l'EPSM. Le directeur général de l'ARS a notamment relevé la poursuite de la tendance haussière des dépenses de personnel (+ 10 %), des charges à caractère hôtelier et général (+ 17 %), le déséquilibre des budgets du CAMSP de Basse-Terre et du CSAPA. Il a considéré que les hypothèses présentées induisaient des indicateurs financiers dégradés traduisant le déséquilibre du cycle d'exploitation tous budgets confondus.

L'établissement avait l'obligation de présenter une nouvelle version de l'EPRD au 28 février 2025. Un dialogue de gestion s'est tenu le 19 février 2025 entre l'ARS et l'EPSM. Le 24 février 2025, l'ordonnateur a sollicité une prorogation de délai jusqu'au 7 mars 2025 qui lui a été accordé par le DGARS. Par courrier du 9 avril 2025, l'ARS a arrêté d'office l'EPRD de l'EPSM conformément aux conditions fixées par l'article L. 6145-1 du CSP.

Après un premier recours contre cette décision non accepté par l'ARS, par courrier du 15 avril 2025, l'ordonnateur a renouvelé son recours gracieux auprès de l'ARS. En accusant réception, l'ARS a rappelé que le silence gardé par l'autorité de tutelle aux termes de deux mois vaudra rejet du recours.

S'agissant du PGFP de 2025, accompagnant l'EPRD refusé, le DGARS a constaté un déficit prévisionnel de 8 M€ au terme de 2029 « *compromettant la santé financière de l'EPSM, jusqu'ici relativement saine* ». Il déplore l'absence de projet médical actualisé, du projet social et du schéma directeur immobilier.

Le PGFP modifié devait être transmis ultérieurement. Il n'était pas finalisé à la mi-mai 2025. Selon l'ordonnateur, « *l'EPSM a souhaité élaborer en juin 2025 une version du PGFP 2025-2026 intégrant les travaux de mise aux normes de la cuisine, les opérations de sécurisation du site de Chauvel en prévision du déménagement du CHUG, ainsi que l'équipement des services en vue de la visite de certification prévue pour mars 2026. Toutefois, cette version du PGFP a été refusée par l'Agence régionale de santé, au motif qu'elle ne répondait pas à la commande initiale. Un nouveau document sera donc présenté conjointement avec l'EPRD 2026* ».

L'EPSM doit améliorer l'information produite à l'autorité de tutelle afin d'éviter le rejet de l'EPRD et, par conséquent, de disposer des données budgétaires de l'exercice en cours dans un délai conforme aux textes.

4.1.2.2 L'adoption des comptes financiers est tardive

Les articles R. 6145-46 et R. 6145-47 du CSP précisent que les délibérations du conseil de surveillance relatives au compte financier et à l'affectation des résultats de chaque compte de résultat doivent intervenir au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent, puis transmis dans un délai de huit jours au directeur général de l'ARS.

S'agissant des comptes financiers, seul celui de 2023 a été adopté dans le délai réglementaire par le conseil de surveillance.

Tableau n° 18 : calendrier d'adoption des comptes financiers par le conseil de surveillance

Date de la délibération	2020	2021	2022	2023
Approbation CF	12/10/2021	16/12/2022	15/09/2023	20/06/2024
Affectation des résultats	12/10/2021	16/12/2022	15/09/2023	20/06/2024
Date de saisie sur Ancre	Octobre 2021	Octobre 2022	Avril 2024	Juin 2024

Source : CRC de Guadeloupe à partir des données de l'EPSM

La validation des comptes financiers sur « *Ancre* » est tardive. Le retard est très significatif pour le compte financier de 2022. Le compte financier de 2021 a préalablement été validé en octobre 2022 en directoire.

L'établissement doit veiller à respecter les dates réglementaires d'arrêté et de transmission des comptes au conseil de surveillance.

4.1.3 L'exécution budgétaire présente d'importantes distorsions

Le décalage entre les crédits reçus et leur consommation entraîne des résultats contrastés selon les exercices et les structures comme au tableau ci-après dont le détail figure en annexe.

Tableau n° 19 : résultats de l'EPSM de 2020 à 2024 – en €

Budgets	2020	2021	2022	2023	2024
Budget principal (H)	-221 429,46	-230 421,43	166 233,13	74 198,93	9 182,80
CAMSP de Basse-Terre (P1)	457 874,25	66 547,07	-135 638,43	99 312,50	-123 391,69
Centre de ressources en autisme généraliste - CRA-G (P2)	-37 673,74	-89 766,32	-132 255,85	-120 623,38	-149 065,16
Centre de soins d'accompagnement en addictologie - CSAPAG (P3)	654 976,18	-183 224,08	-197 644,98	4 203,30	93 464,10
CAMSP de Pointe à Pitre (P4)	60 497,46	90 379,09	407 209,44	457 373,26	455 791,91
Total consolidé	914 244,69	-346 485,67	107 903,31	514 464,61	285 981,96

Source : comptes financiers 2020-2024

Les résultats du budget principal sont déficitaires en 2020 et 2021, l'établissement ayant subi la crise sanitaire et ses conséquences notamment la baisse de l'activité ambulatoire qui a généré une diminution des recettes journalières. Le résultat de l'activité principale est excédentaire en 2022 et 2023, respectivement de 166 233 € et 74 199 €, les ressources étant supérieures aux prévisions. Le résultat du budget principal, arrêté à 9 182,80 € en 2024, en net recul, reste excédentaire.

En 2023, premier exercice prenant en compte la réforme de la psychiatrie, la dotation prévue à 77 785 794 € s'est élevée à 82 101 462 €.

S'agissant des budgets annexes, les excédents du CAMSP de Pointe à Pitre permettent d'atténuer la situation d'ensemble. En effet, seul cet établissement affiche des résultats positifs croissants sur toute la période sous revue, en nette augmentation en 2022 passant de 90 379 € à 407 209 €.

Le CAMSP de Basse-Terre et la CSAPAG affichent des résultats excédentaires en 2020 en raison des recettes exceptionnelles constituées par des reprises de provisions devenues sans objet du fait de l'abandon des travaux de rénovation prévus à hauteur respectivement de 300 000 € et 670 000 €. À partir de 2021, les résultats de ces structures se détériorent significativement pour s'établir respectivement à -123 391,69 € et 93 464,10 € en 2024.

Le CRA est structurellement déficitaire. Cette structure supporte les charges relatives au loyer de l'immeuble envisagé pour le déménagement de la structure. En effet, afin d'améliorer l'accessibilité du CRA au public, un projet visait à déménager le CRA dans un lieu permettant d'assurer sur un même site les missions de diagnostics, d'information et de formation. L'EPSM a signé un bail commercial le 20 novembre 2020 avec une société civile

immobilière pour un local de 340 m² situé dans le quartier de Lauricisque à Pointe-à-Pitre. La durée de la location est de 12 ans à partir du 1^{er} octobre 2020. Le loyer annuel est fixé à 62 400 €, hors charges, soit 5 200 € mensuel. Au final, ces locaux se seraient révélés inadéquats et le projet de déménagement a été abandonné.

L'EPSM se trouve enfermé dans un bail inapproprié. En effet, l'activité du CRA étant non commerciale, un bail professionnel était plus adapté par sa durée (6 ans), ses conditions de résiliation (à tout moment), alors que la durée de ce bail commercial a été fixée au maximum (9 ans plus une période renouvelable de trois ans, soit 12 ans). L'ordonnateur précise avoir consulté un avocat pour tenter de sortir de ce bail. Toutefois, les éléments de preuve liés à cette consultation n'ont pas été adressés à la chambre. En l'état, la clause de résiliation précise que « *LE PRENEUR aura faculté de donner congé à l'expiration de chaque période triennale, soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception soit par exploit d'huissier, mais uniquement avec effet au 30 septembre 2029. Ce congé doit être adressé au BAILLEUR au moins six mois avant la fin de la période triennale* ».

Ainsi, depuis 2020, l'établissement s'acquitte de loyers pour des locaux qu'il n'occupe pas. Les loyers + charges (300 € mensuels) s'élèvent au total à 221 561 € de 2020 à 2023. Si le bail devait être maintenu jusqu'au 30 septembre 2029, l'établissement devrait encore acquitter près de 406 200 €, soit un total de plus de 627 000 €.

Au cours de la période sous-revue, cette charge annuelle alourdit significativement le budget du CRA détériorant ces résultats comptables comme il suit :

Tableau n° 20 : résultat comptable du CRA retraité des charges de location – en €

	2020	2021	2022	2023
Loyers annuels mandatés	16 500,00	66 073,68	67 356,27	71 631,15
Résultat comptable	-37 673,74	-89 766,32	-132 255,85	-120 623,38
Résultat corrigé	-21 173,74	-23 692,64	-64 899,58	-48 992,23

Source : CRC de Guadeloupe

Le propriétaire du local affirme avoir reçu une demande de résiliation en août 2024 de la part de l'EPSM et s'y est être opposé par voie d'avocat en septembre 2024, car étant formulée avant l'échéance des neuf ans. L'ancien ordonnateur en fonction en 2020 précise que le choix de ces locaux avait été préparé (programme, plans). En revanche, aucune réponse n'a été apportée au sujet de la non occupation des locaux.

La chambre estime que le paiement de ces loyers pour des locaux inoccupées n'est pas soutenable et constitue une des conséquences de l'absence du schéma directeur immobilier toujours non finalisé en dépit des nombreuses relances de l'autorité de tutelle.

4.2 La fiabilité des comptes

Les comptes annuels sont établis suivant l'instruction budgétaire et comptable M21.

Selon l'article D. 6145-61-7 du CSP, « *Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs* ».

Sur la période examinée, les produits du budget principal n'ont pas atteint ce seuil puisqu'ils étaient de 74,86 M€ en 2021, de 80,16 M€ en 2022, 90,94 M€ en 2023 et 93,86 M€ en 2024.

Les comptes de l'EPSM ne sont donc pas soumis à la certification.

Conformément à cette instruction, le système comptable des établissements publics de santé permet « *d'établir des comptes réguliers et sincères* », « *de présenter des états financiers reflétant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat à la date de clôture de l'exercice* » et « *de contribuer au calcul des coûts des actions ou des services ainsi qu'à l'évaluation de leur performance* ».

La chambre a vérifié le degré de fiabilité des comptes de l'établissement, au travers principalement de la sincérité des comptes, de la gestion patrimoniale et de la pratique de l'EPSM en matière de provisions.

4.2.1 Le suivi des immobilisations et des amortissements est à parfaire

4.2.1.1 L'inventaire et l'état de l'actif

Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, l'ordonnateur doit tenir à jour l'inventaire des biens de l'établissement tandis que le comptable public élabore l'état de l'actif. Leur concordance permet de justifier les montants inscrits au bilan, lequel doit reproduire une image fidèle du patrimoine.

En l'espèce, la chambre relève qu'il existe, au 31 décembre 2024, un écart en valeur brute de 109 549,14 € entre les deux documents.

Tableau n° 21 : valorisation du patrimoine de l'EPSM – en €

	Exercice 2024
État de l'actif brut	83 550 479,02
Valeur brute de l'inventaire de l'ordonnateur	83 660 028,16
Écart	109 549,14

Source : état de l'actif au 14 mars 2025 et inventaire de l'ordonnateur, situation fin 2024

Au 31 décembre 2024, un écart en valeur nette de 234 419,97 € apparaît entre les deux documents. En effet, à l'inventaire, la valeur nette comptable est de 32 455 576,94 € alors que l'état de l'actif indique un montant de 32 221 156,97 €.

Par ailleurs, sur la période sous revue, les comptes de l'EPSM n'enregistrent aucune cession d'actif.

L'EPSM de la Guadeloupe doit mettre en place un suivi physique et comptable de son patrimoine, aux fins de permettre un rapprochement avec les données de l'état de l'actif tenu par le comptable, et de résorber les écarts relevés.

En réponse au rapport d'observations provisoire, l'ordonnateur a précisé qu'un travail important de réconciliation a été engagé à la fin du premier semestre 2025 avec le comptable public afin de résorber les anomalies.

Recommandation n° 10 : (*régularité*) produire en lien avec le comptable public, l'inventaire physique des immobilisations hospitalières en concordance avec l'état de l'actif en application de l'article 53 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

4.2.1.2 Le transfert des immobilisations aux comptes d'imputation définitif est tardif

Selon la nomenclature M21, les frais d'études enregistrés au compte 2031 sont virés à la subdivision du compte 23 « *Immobilisations en cours* » lors du lancement des travaux par opération d'ordre non budgétaire, voire au compte d'imputation définitive, subdivision du compte 21 « *Immobilisations corporelles* » si les travaux sont achevés dans l'année. Si les études ne sont pas suivies de réalisation, les frais correspondants sont intégralement amortis lors de l'année d'abandon du projet au compte 28031 « *Amortissement des frais d'études* ».

Entre 2021 et 2023, l'établissement a mandaté 328 310 € au compte 2031 « *Frais d'études* ». Aucun transfert au compte 21 ni au compte 23 n'a été effectué. Le compte d'amortissement 28031 n'a pas été mouvementé. L'établissement a reconnu ces manquements.

Par ailleurs, cette instruction comptable rappelle qu'en fin d'exercice, le chapitre 23 ne doit faire apparaître que la valeur des immobilisations en cours. En effet, lorsqu'une immobilisation est achevée, les dépenses portées aux comptes 231 et 232 doivent être virées aux subdivisions du chapitre 21.

Le solde d'immobilisations en cours (chapitre 23) était de 3 581 955 € en 2020 et de 9 413 041 € en 2023. Aucun transfert au compte 21 « *Immobilisations corporelles* » n'a été réalisé durant cette période pour intégrer au patrimoine de l'établissement des travaux achevés. L'EPSM n'a pas fourni la liste des opérations terminées demandée par la chambre.

En réponse au rapport d'observations provisoire l'ordonnateur a indiqué qu'un travail de régularisation à la clôture de l'exercice 2024 a permis le transfert d'actif d'une valeur de 2,3 M€ des comptes 23 aux comptes 21. Aussi, la chambre demande à l'établissement de procéder régulièrement au transfert des immobilisations en cours car un transfert insuffisant aboutit à fausser en le surestimant le résultat comptable des exercices du fait de l'absence d'amortissement des immobilisations aux comptes d'imputation définitive.

4.2.2 Le principe de prudence pour la constitution des provisions est insuffisamment respecté

Les diligences de contrôle ont également porté sur les provisions. Il ressort de l'analyse du bilan consolidé le montant des provisions est passé de 4 155 964 € fin 2020 à 13 768 772 € fin 2024. L'établissement a procédé, par ailleurs, à 2 458 322 € de reprises de provisions.

Tableau n° 22 : liste des provisions constituées et reprises sur la période 2020-2024 – en €

Objet	2020			2021		2022		2023		2024		
	Solde au 01/01/2020	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Solde au 31/12
Provisions pour litiges c/1511	640 000			0						640 000		640 000
Autres provisions pour risques c/1518	11 315	431 907		0						443 223		443 223
Provision CET personnel médical C/1531	489 750			0	96 854		6 600			386 296		1888 308
Provision CET personnel non médical C/1532	394 280			0	225 113	79 746				248 913		1 536 697
Provisions pour gros entretien / grandes révisions c/157	3 166 009		1 020 000	0				2 384 708	44 375	4 486 342	180 000	4 549 021
Autres provisions pour charges c/158	42 702			0	42 702	1 200 000		3 917 522	600 000	4 517 522	242 678	4 711 522
Total	474 747 056	431 907	1 020 000	0	364 669	1 279 746	6 600	6 302 230	644 375	10 722 297	422 678	13 768 772

Source : compte financier de 2020 à 2024

4.2.2.1 Les comptes de provisions pour litiges inactifs sur toute la période sous revue

Le compte 1511 « Provisions pour litiges » comportant une provision de 640 000 €, demeure inactif sur toute la période examinée. Dans la note de présentation des provisions pour l'année 2020, l'établissement indiquait que « cette provision constituée en 2011 était liée aux litiges importants dont faisait l'objet l'établissement ». Selon les informations communiquées durant l'instruction, cette provision sera réévaluée en 2025 car le nombre de litiges en cours n'a pas été justifié depuis 2018.

4.2.2.2 Les provisions pour CET sont calculées sur des bases erronées

Les jours maintenus sur le CET à la clôture de l'exercice doivent donner lieu à la constitution d'une provision au compte 153 « *Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET)* ».

L'établissement a procédé annuellement aux réajustements des provisions pour CET par des reprises ou des dotations complémentaires.

Cependant, il n'a pas mis à jour les modalités de traitement de la provision CET en vigueur depuis 2019. En effet, depuis l'arrêté du 19 décembre 2018 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du CET des personnels médicaux, l'évaluation forfaitaire des provisions pour les jours inscrits sur le CET est abandonnée à compter de l'exercice 2019 au profit d'une évaluation selon le coût moyen journalier des agents ou praticiens concernés. De plus, depuis 2021, la base individuelle repose, selon les préconisations de l'ARS, sur le salaire de l'année N au lieu de l'année N-1.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a confirmé que la base légale appliquée était erronée et que l'établissement avait procédé, sous l'égide du comptable public, à la régularisation des provisions pour CET lors de la clôture des comptes 2024. Selon l'établissement, le montant à provisionner au 31 décembre 2024 est de 1 888 308,30 € pour le personnel médical et de 1 536 697,09 € pour le personnel non médical. Un rattrapage de 2,7 M€ a été effectué par le biais d'une opération non budgétaire. Ces chiffres ont été corroborés par le comptable public.

La chambre prend acte de cette régularisation et rappelle que l'établissement doit veiller à l'actualisation et au suivi des éléments de calcul des provisions pour CET pour permettre leur ajustement annuel.

4.2.2.3 Les provisions pour gros entretien et grandes révisions ne sont pas justifiées par un plan d'entretien pluriannuel et ne sont pas imputées correctement

En application des dispositions de la M 21, ces provisions doivent être justifiées par un plan d'entretien pluriannuel (PGE). Ce dernier doit être actualisé à chaque clôture d'exercice et la provision ajustée en conséquence.

Au cours de la période examinée, aucun plan d'entretien pluriannuel n'a été établi.

Le compte 1572 « *Provisions pour gros entretien ou grandes révisions* » présente un solde de 3 166 009 € au 1^{er} janvier 2020 se rapportant à des provisions constituées entre 2014 et 2017 pour les travaux de rénovation des chambres de la Grande-Terre et de la Basse-Terre, la rénovation du système de climatisation et de la production d'eau chaude. Ce compte n'a été abondé à nouveau qu'en 2023, à hauteur de 2 384 708 €, portant son solde à 4 486 342 €, pour les travaux de sécurisation et de modernisation des sites d'hospitalisation de Basse-Terre.

De plus, la provision de 443 223 € inscrite au compte 1518 « *Autres provisions pour risques* », constituée à partir de 2020, pour anticiper les charges relatives aux gros entretien

et/ou la réparation de l'ensemble des structures extrahospitalières vieillissantes aurait dû être inscrite au compte 1572. De même, la provision relative à la réhabilitation du site de Grande-Terre (2,3 M€) constituée en 2023 au compte 158 « *Autres provisions pour charges* », relève également du compte 1572. Ces provisions doivent être réaffectées.

Ainsi, les dotations aux provisions sont réalisées de manière hétérogène. Quant aux reprises réalisées sur la période, elles ne correspondent pas au montant des dépenses identifiées comme gros entretien ou grandes révisions mais à l'annulation des travaux de rénovation, devenus sans objet, au CSAPAG (670 000 €), au CRA (50 000 €) et au CAMSP de Basse-Terre (300 000 €).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur précise que le plan d'entretien de l'établissement est en cours d'achèvement. À partir de 2025, et pour les cinq années suivantes, ce plan recensera l'ensemble des travaux d'entretien nécessitant une répartition de la charge sur plusieurs exercices. Une fois ce plan validé, les écritures de régularisation pourront être passées avec le comptable public avant le 30 avril 2026.

La chambre invite l'établissement à recenser les projets de travaux d'entretien conséquents, supérieurs à la durée de cinq ans, dans un document prospectif formalisé, en les priorisant pour constituer, avec un échelonnement des charges sur plusieurs exercices, les provisions correspondant à ces dépenses.

4.2.2.4 Les comptes de provisions pour créances irrécouvrables sont surdotés

En application de la M21, les créances dont le recouvrement est compromis, doivent donner lieu à la constitution d'une provision pour dépréciation inscrite au compte 49 « *Provisions pour dépréciations des comptes de tiers* ». Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge au compte 654 résultant de l'admission en non-valeur. Cette provision peut être calculée sur la base d'une méthode statistique ne devant pas conduire à minorer cette dépréciation.

Les provisions constituées sur le compte 49 s'élèvent à 4 021 248 € sur toute la période de contrôle. Or, l'établissement a constituée sur le compte 158, inapproprié en l'espèce, des « *Provisions pour créances douteuses* » de 600 000 € en 2022, 1 467 522 € en 2023. Des reprises ont été effectuées sur ce même compte à hauteur de 1 320 987 €.

La sur-dotation du compte 158 a eu pour effet d'augmenter les charges d'exploitation et par conséquent de minorer à due concurrence les résultats comptables des exercices 2022 et 2023.

Par ailleurs, au compte financier de 2023, le total des créances contentieuses s'élevait à 2 535 187 €. À lui seul, le compte 49 couvre 159 % des créances contentieuses. Aussi, les provisions effectuées sont manifestement surestimées par rapport aux pertes sur créances irrécouvrables.

La chambre rappelle à l'EPSM qu'il doit imputer les provisions des créances douteuses uniquement sur les comptes prévus à cet effet. L'EPSM doit mettre en adéquation les provisions

constituées avec les risques réellement encourus afin de ne pas entacher la sincérité des comptes et fausser les résultats de l'exercice.

Recommandation n° 11 : (*Régularité*) procéder aux dotations aux provisions réglementaires conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 et de l'article 57 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Si entre 2020 et 2024, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est transmis dans des délais conformes aux textes les régissant, en revanche, l'adoption des comptes financiers est tardive. De 2020 à 2025, le directeur général de l'ARS a approuvé le projet de l'EPRD et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) avec réserves ou les a refusés. L'EPRD pour 2025 a été fixé d'office par l'autorité de tutelle et le PGFP est en suspens.

La fiabilité des comptes doit être poursuivie pour mettre en concordance l'état de l'actif du comptable public avec l'inventaire de l'ordonnateur afin de résorber les discordances qui atteignaient 234 419,97 € en 2024.

Les dotations aux provisions sont soit insuffisantes (provision pour litiges, compte épargne-temps), mal imputées (provisions pour travaux) ou surdotées (provisions pour créances irrécouvrables).

Cette faiblesse globale des dotations aux amortissements et provisions a pour conséquence de fausser le résultat comptable en le minorant.

5 LA SITUATION FINANCIÈRE

L'analyse financière porte sur la période de 2020 à 2024, les comptes définitifs de 2024 ont été adoptés par le conseil de surveillance de l'EPSM de Guadeloupe le 27 juin 2025.

5.1 Le financement de la psychiatrie a été réformé en 2022

Jusqu'en 2021, les établissements de santé psychiatriques publics ou privés à but non lucratif étaient principalement financés par une dotation annuelle de financement (DAF) mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale (CSS), dite « *DAF psy* ». Il s'agit d'une enveloppe budgétaire globale fermée, rattachée à l'objectif de dépenses de l'assurance-maladie (Ondam), allouée par les ARS.

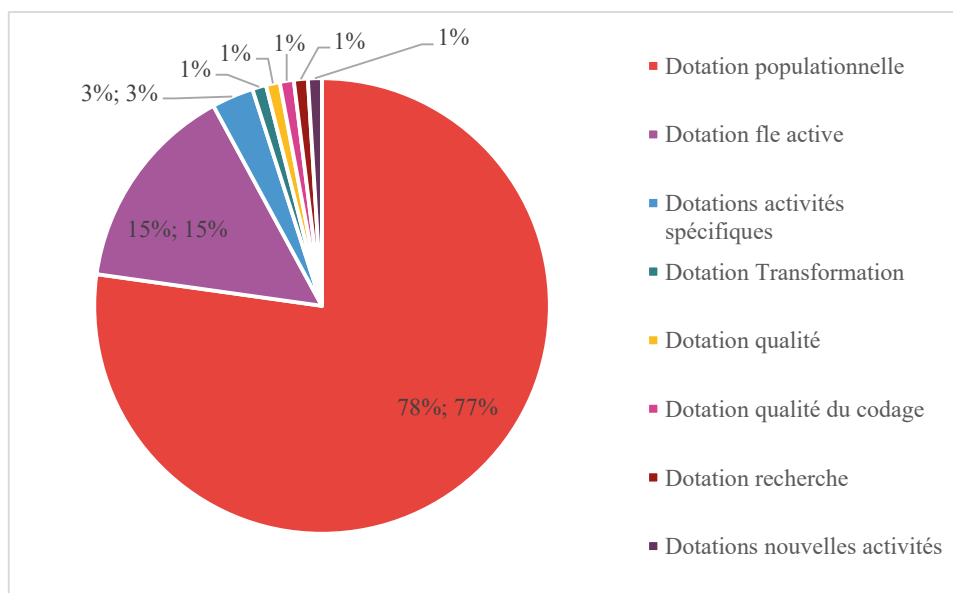
Ce mode de financement a évolué à compter du 1^{er} janvier 2022, en application du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie qui instaure une allocation de ressources divisée en huit dotations ou compartiments :

- populationnelle¹³² : construite sur des critères populationnels et allouée à la maille régionale afin d'assurer une meilleure équité de financement entre les régions ;
- file active (DFA) : construite sur la file active des établissements afin de reconnaître leur dynamique d'activité ;
- activités spécifiques : valorise les activités pour lesquelles l'organisation de l'offre est suprarégionale ;
- nouvelles activités : valorise des projets/modalités de prises en charge innovantes identifiés via des appels à projets nationaux ou régionaux ;
- transformation : finance les actions restructurantes nationales et régionales portées auprès des établissements ;
- recherche : soutient la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie ;
- qualité : incite à l'amélioration de la qualité des prises en charge via l'intégration des établissements de psychiatrie au dispositif « incitation financière à la qualité » (IFAQ) ;
- qualité du codage (DQC) : incite à l'amélioration de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données remontées par les établissements.

¹³² La dotation populationnelle est allouée aux régions sur la base de 4 critères (taux de pauvreté, taux d'isolement, densité de médecins généralistes et psychiatres, offre médicosociale adaptés aux patients). Elle assure la réduction des inégalités interrégionales.

À compter de 2023, les établissements sont financés via les dotations du nouveau modèle. Entre 2023 et 2025 le montant des deux compartiments principaux (dotation populationnelle et file active) est sécurisé.

Graphique n° 5 : répartition des dotations du nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie



Source : CRC de Guadeloupe à partir du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

5.2 L'analyse rétrospective fait apparaître une situation financière d'apparence saine

L'analyse de l'évolution des charges et des produits concerne tous les budgets. En revanche l'analyse des soldes intermédiaires de gestion porte sur les données du budget consolidé (budget principal + budgets annexes).

5.2.1 Les produits et les charges de fonctionnement du budget principal affichent un fort dynamisme à partir de l'exercice 2023

Sous la période 2020-2024, l'évolution des produits et des charges apparaît équilibrée (33,62 % contre 33,19 %). Cependant, en début de période, la dynamique des charges est supérieure à celle des produits, tendant à dégrader le résultat. En 2023, dans le contexte de la mise en œuvre de la réforme de la psychiatrie, l'évolution des produits et des charges est quasiment équilibrée. En 2024, les produits s'élèvent à 94 289 693 € tandis que les charges atteignent 94 280 510 €.

Tableau n° 23 : évolution des charges et produits de fonctionnement du budget H – en €

	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution 2020/2024
Total des produits du budget H	70 564 938	75 138 647	80 625 002	91 443 547	94 289 693	33,62%
Total des charges du budget H	70 786 367	75 369 068	80 458 769	91 369 348	94 280 510	33,19%

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

Les produits de fonctionnement du budget principal augmentent de 33,62 % sur la période sous revue. Cette évolution est due à une revalorisation des dotations versées et non à un accroissement significatif des recettes liées à l'activité.

Tableau n° 24 : évolution des produits du budget H – en €

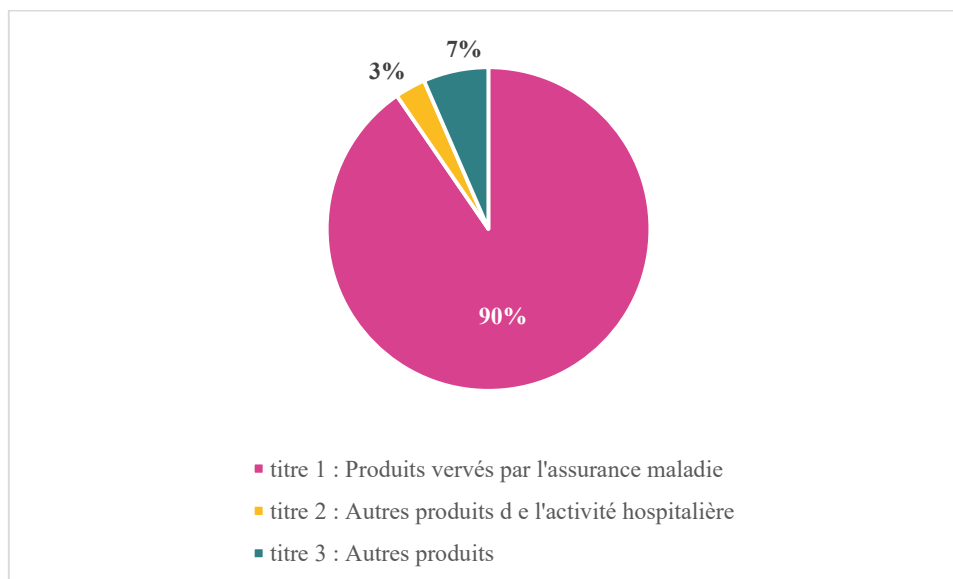
	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution 2020/2024
Produits de financement de l'activité par dotations et participations (titre 1)	63 482 568	67 624 111	74 116 964	82 599 047	85 131 246	34,10 %
Produits financés directement à l'activité (titre 2)	1 556 074	2 383 444	2 315 857	3 381 685	3 116 157	100,26 %
Produits des activités annexes (titre 3)	2 216 478	2 057 393	1 972 722	2 031 814	2 262 067	2,06 %
Autres produits de gestion (titre 3)	180 790	573 410	253 728	385 573	978 767	441,38 %
Produits financiers et exceptionnels (titre 3)	3 129 028	2 500 288	1 965 730	3 542 613	2 801 454	-10,47 %
Total des produits de fonctionnement	70 564 938	75 138 646	80 625 001	91 940 732	94 289 692	33,62 %

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

La principale source de financement de l'EPSM de Guadeloupe sont les produits de l'activité financés par dotations et participations composée principalement de la dotation annuelle de financement (DAF). Ces ressources ont progressé de 11,4 % particulièrement en 2023 du fait de la mise en œuvre de la réforme de la psychiatrie à l'EPSM de Guadeloupe et de 34,10 % sur la période de contrôle.

Le niveau plus faible des produits financés directement à l'activité et celui des autres produits de gestion en 2020 est dû à la crise sanitaire et ses conséquences.

Les produits sont répartis au sein de trois titres : les produits versés par l'assurance maladie constituent le titre 1, les produits financés directement à l'activité et les produits annexes à l'activité composent le titre 2 et les autres produits de gestion, financiers et exceptionnels constituent le titre 3.

Graphique n° 6 : Répartition moyenne des produits du budget principal de 2020 à 2024

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers de 2020 à 2024

5.2.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie

Comptabilisée au titre 1 les « *Produits versés par l'assurance maladie* », la dotation annuelle de financement (DAF), représente 90 % du total des ressources de l'établissement. Celle-ci a augmenté de 6,5 % en 2021, principalement en raison des dotations versées au titre de la crise sanitaire et des mesures salariales dites du « *Ségur de la santé* » en faveur des personnels de santé.

En 2021, la dotation demandée pour le titre 1 était de 70,22 M€, l'EPSM a reçu 67,62 M€. En 2022, la dotation prévisionnelle était de 72,28 M€, l'ARS a octroyé 74,11 M€, soit 1,83 M€ de plus représentant une croissance de 9,6 %. En 2023, la dotation, prévue à 77,78 M€, s'est élevée à 81,71 M€ en raison de la variation du titre 1 composée de la dotation populationnelle qui a été revalorisée pour faire face aux mesures catégorielles, à l'inflation, aux activités fléchées.

Les dotations attribuées en 2021 et 2022 comportaient des crédits dits « *non reconductibles* », respectivement 5,68 M€ et 10,36 M€, dont l'objectif était de permettre à l'établissement de faire face aux mesures catégorielles, à la gestion de la crise sanitaire et ses conséquences ainsi qu'aux nouvelles activités notamment la maison des adolescents (MDA), les équipes mobiles (EMADO), les dispositifs Vigilans et 3114¹³³.

¹³³ Numéro du site national de prévention du suicide

5.2.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière

Les autres produits de l'activité hospitalière représentent une part modeste (3 % en moyenne sur la période). Ce titre regroupe les produits des forfaits journaliers d'hospitalisation et des tickets modérateurs payés par les malades, leurs complémentaires santé ou encore l'aide médicale d'État pour les patients étrangers non assurés sociaux en France.

Ces recettes sont par nature imprévisibles et présente de plus un fort risque d'irrécouvrabilité. En 2020, elles subissent l'impact de la crise sanitaire avec la baisse importante de l'activité ambulatoire, et par conséquent celle du forfait journalier, de l'ordre de 1,0 M€.

À partir de 2021, les recettes du titre 2 augmentent de manière importante (53,2 %), passant de 1,55 M€ à 2,38 M€, en raison d'une meilleure utilisation des comptes pour la facturation du forfait journalier et des produits de la tarification en hospitalisation complète dont les recettes étaient partiellement imputées sur le titre 3 en 2020.

5.2.1.3 Les autres produits

Les autres produits regroupent les recettes subsidiaires à l'activité hospitalière. Ils correspondent notamment aux reprises sur provisions, aux réémissions de titres suite à annulation, au remboursement des traitements des agents mis à disposition, à la participation aux charges induites par la rémunération des personnes en emploi aidé.

Les autres produits baissent de 18,3 % en 2022 en raison des ré-imputations susmentionnées mais également d'autres pertes ou diminutions de recettes (baisse du coût des repas, de la dotation pour la gestion du CUMP du CHU, des aides à la formation).

En 2023, les produits du titre 3 passent de 4,19 M€ à 5,96 M€, soit près de 1,80 M€ supplémentaires qui s'explique principalement par l'inscription d'un montant de 1,50 M€ de produits sur exercices antérieurs se rapportant à des recettes émises par le bureau des admissions de l'EPSM qui n'avaient pas été rattachées au moment de la clôture, faussant ainsi les résultats comptables des exercices concernés. Ils s'élèvent à un montant de 6,04 M€ en 2024.

5.2.2 **Les charges du budget principal subissent une augmentation importante de tous les postes de dépenses**

Entre 2020 et 2024, les charges de fonctionnement évoluent en moyenne de 8,30 % par an, passant de 70 786 367 € à 94 280 510 € (+ 33,19 %). Les dépenses de personnel représentent 77 % des charges en 2024 contre 79 %, en début de période. Les charges à caractère médical qui subissent l'effet de la crise sanitaire en 2020 ainsi que les autres charges qui ont plus que doublé sur la période, expliquent le reste de la hausse.

Tableau n° 25 : évolution des charges du budget H par titre – en €

	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution 2020/2024
Titre 1 - charges de personnel	55 637 397	60 401 385	63 050 913	68 490 557	73 248 113	31,65%
Titre 2 - charges à caractère médical	814 637	1 773 918	1 911 408	1 837 312	1 951 548	139,56%
Titre 3 - charges à caractère hôtelier et général	10 131 342	9 426 624	10 173 699	10 499 100	13 782 702	36,04%
Titre 4 - autres charges	4 202 991	3 767 140	5 322 749	10 542 379	5 298 147	26,06%
TOTAL	70 786 367	75 369 068	80 458 769	91 369 348	94 280 510	33,19%

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

5.2.2.1 Les charges de personnel

En cinq ans les charges de personnel de l'EPSM ont augmenté de 17,61 M€, passant de 55 637 397 € à 73 248 113 €. L'évolution en moyenne annuelle est de l'ordre de 7%. Les revalorisations salariales accordées dans le cadre du « *Séjour de la santé* » ont contribué à cette augmentation des charges du titre 1.

La rémunération du personnel médical passe de 8,56 M€ en 2020 à 11,66 M€ en 2024. Elle croît de 8 % en moyenne par an. Cependant, entre 2020 et 2021, la masse salariale a subi les effets des crises sociales et sanitaire à l'origine d'une augmentation importante du personnel contractuel de l'ordre de 40 %. De plus, l'établissement a recours aux praticiens contractuels sans renouvellement de droit également pour pallier la faible démographie médicale. Ainsi, la part de rémunération des praticiens contractuels sous renouvellement de droit croît, passant de 1,39 M€ en 2020 à 2,81 M€ en 2021, pour atteindre 3,28 millions en 2023.

La rémunération du personnel non médical progresse de 7,2 % en moyenne annuelle, pour atteindre 61,04 M€ en 2024, soit plus de 14,74 millions de plus. La rémunération du personnel non médical contractuel représente 34 % de celle du personnel non médical titulaires et stagiaires.

5.2.2.2 Les charges à caractère médical

Ces charges ne représentent en moyenne que 2 % des charges d'exploitation sur la période examinée et sont en hausse de 6,22 % en 2024. En 2021, le titre 2 affiche une surconsommation de l'EPRD (+ 235 %), les dépenses augmentant de près de 1 M€ en raison

du transfert de la facturation des frais de médicaments et de gestion de la pharmacie du CHBT, prévus au titre 3 lors de la préparation de l'EPRD mais consommés sur le titre 2.

Les dépenses d'activités thérapeutiques augmentent de 15 % en 2021 avec la reprise de l'activité post crise sanitaire et de 21 % en 2022 avec la mise en place des nouvelles activités telle la Maison des adolescents (MDA). Les fournitures médicales qui avaient fortement augmenté en 2022, en lien avec la finalisation du magasin médical, passant de 60 045 € à 96 048 € en 2022 retrouvent leur niveau initial en 2023 (63 608 €).

5.2.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général

Ces charges représentent en moyenne 13 % des charges d'exploitation. En dépit du transfert des dépenses de pharmacie vers le titre 2 en 2021, le niveau général des charges à caractère hôtelier et général n'a que peu varié durant la période. En effet, ce titre subit la tendance inflationniste de certains postes (fluides, carburant, produits d'entretien). Cependant, à partir de l'exercice 2023, de nouvelles lignes connaissent une forte croissance comme au tableau ci-après :

Tableau n° 26 : évolution de certaines lignes de dépenses du titre 3 – en €

	2020	2021	2022	2023	2024
Achats stockés hôteliers	1 728 620	1 852 620	2 027 573	2 403 169	2 554 245
<i>dont alimentation</i>	1 153 979	1 180 968	1 416 095	1 713 638	1 913 482
<i>dont fournitures de bureau et informatique</i>	56 406	48 218	51 709	83 147	85 047
<i>dont documentation et frais divers</i>	431 872	416 757	523 058	776 728	938 894
Autres services extérieurs (62 sauf 621)	3 229 043	3 030 011	2 574 170	2 763 699	3 875 302
<i>dont publications</i>	27 419	45 472	56 358	83 028	181 110
<i>dont transports</i>	177 737	447 034	327 289	480 234	567 920
<i>dont voyages et frais de déplacement</i>	229 481	145 015	150 226	234 130	241 211
Autres charges (65)	1 102 480	364 136	386 667	654 490	581 442
<i>dont créances admises en non-valeur</i>	247 042	288 077	381 077	651 834	580 640

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

Les augmentations les plus notables sont celles d'alimentation (+ 65,82 % sur la période), liées en partie à la hausse de l'activité d'hospitalisation complète (+12 %) ¹³⁴.

Par ailleurs, plusieurs dépenses interrogent. Ainsi, l'établissement a vu ses frais de publication augmenter de 27 419 à 181 110 € sur la période de contrôle. Ainsi, il a consenti des dépenses de communication à hauteur de 58 590 € en 2024 dans des revues de police et à hauteur de 45 309,60 € en 2023 dans des revues de gendarmerie. Ceci sans qu'un lien direct puisse être effectué entre ces publications et l'activité de l'établissement. Or l'article 1 du décret

¹³⁴ Sur l'exercice 2020 à 2023

GBCP (n° 2012-1246) précise que les dépenses doivent répondre à des besoins publics déterminés. Or, si une dépense de communication n'a aucun lien avec les soins, la recherche, le recrutement, la santé publique ou l'enseignement hospitalier, cette dépense peut être assimilée à un usage non conforme de la mission de service public. L'ordonnateur a affirmé avoir cessé ces publications sans expliquer l'objectif recherché par ces dépenses.

Par ailleurs, dans sa réponse au rapport d'observation d'instruction provisoire de la chambre, la directrice indique que « *ces dépenses ont été engagées dans le cadre d'un échange donnant-donnant avec les forces de l'ordre pour la réalisation de missions de surveillance lors de la récupération de patients détenus* ». La chambre constate que cette pratique ne repose sur aucune base légale conforme à l'article 1 du GBCP et qu'elle représente un coût de 103 899,64 €.

De plus, l'établissement a payé en 2023 pour près de 5 000 €¹³⁵ de frais de bouche pour des dîners avec des formules. Interrogée, la direction qualifie ces repas nocturnes de « *réunions de travail* » et indique avoir voulu « *remercier* » des délégations invitées, dont la liste a été fournie à la chambre. Selon le décret GBCP n° 2012-1246 dans son article 1^{er}, « *les dépenses doivent être nécessaires à l'exécution des missions* ».

Au cours du 1^{er} semestre 2025, la direction a également procédé au remboursement forfaitaire des cartes d'essence, y compris pour des frais imputés à des véhicules personnels. Ces paiements mensuels de 300 à 600 € des frais d'essences sans vérification préalable des kilométrages réellement parcourus ne participent pas à la maîtrise du titre 3. La chambre constate que la carte essence de la directrice ne comporte pas de plafond pour ce type de dépenses.

Pour rappel, l'article 47 du décret GBCP (n° 2012-1246) impose la vérification du service fait avant le paiement. Cet article dispose que « *la liquidation d'une dépense consiste à vérifier la réalité de la dette et à arrêter le montant de la dépense. Elle comporte la vérification du service fait.* ». Si l'ordonnateur ne vérifie pas que le carburant a bien été utilisé conformément à l'objet de la dépense, la dette n'est pas certaine. À cet égard, le paiement forfaitaire *ex ante* est irrégulier. En effet, il n'est pas prudent de payer une dépense de manière forfaitaire en amont sans avoir vérifié auparavant le caractère effectif de la contrepartie (les kilomètres parcourus et l'essence consommée). L'ordonnateur a indiqué souhaiter mettre en place un logiciel de gestion des frais de déplacement afin de supprimer les cartes carburant. Toutefois, aucune pièce justificative n'a été transmise à la chambre.

Globalement, les hausses constatées sur le titre 3 sont contrebalancées par une diminution marquée des dépenses d'acquisition de fournitures non stockées en 2022 (-44,5 %). Ce poste est en effet passé de 2,09 M€ en 2022 à 1,16 M€ en 2023, avant de remonter en 2024 pour atteindre 2,4 M€.

¹³⁵ 4 811,05 € précisément.

5.2.2.4 Les autres charges

Ce titre connaît une hausse de 26,06 % sur la période de contrôle, passant de 4,20 M€ à 5,29 M€. En 2023, une progression particulièrement est observée : il augmente de 5,32 M€ en 2022 à 10,54 M€ en 2023. Cette évolution s'explique principalement par les dotations aux provisions, dont plus de 4 M€ destinés à la sécurisation du site de Basse-Terre et à la réhabilitation du site de Pointe-à-Pitre, consécutive à la relocalisation de la psychiatrie de Grande-Terre.

Ce titre a été alourdi par la provision de 1,46 M€ pour créances douteuses en 2023. Plus globalement, les montants des dotations nécessaires au titre 4 doivent être pris avec précaution en raison des réserves émises précédemment sur la tenue des comptes de l'actif.

5.2.3 Évolution des produits et des charges des budgets annexes

Compte tenu de leur faible part dans l'ensemble du budget, l'analyse des produits et charges de ces budgets annexes est consolidée.

5.2.3.1 Les produits

Avec la mise en œuvre de la réforme de la psychiatrie en 2023, les recettes consolidées des budgets annexes, composées à 95 % des produits des dotations et tarifications, retrouvent en 2024 leur niveau de 2020.

Tableau n° 27 : évolution des produits de fonctionnement des budgets annexes – en €

en €	2020	2021	2022	2023	2024
Titre 1 - Produits des tarifications	4 539 057	4 356 460	4 740 705	5 589 083	4 971 835
<i>dont dotation globale établissements</i>	<i>3 919 947</i>	<i>3 762 744</i>	<i>4 073 243</i>	<i>4 921 621</i>	<i>4 971 835</i>
Titre 2 - Autres produits d'exploitation	0	0	49 539	0	22 571
Titre 3 - Produits financiers et exceptionnels	1 140 966	124 594	10 986	38 942	227 070
Total produits d'exploitation	5 680 023	4 481 054	4 801 230	5 628 025	5 888 938

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

Le niveau des produits en 2020 est dû aux reprises de provisions du CAMSP de Basse-Terre et du CSAPAG. Il s'en est suivi une baisse des dotations en recettes en 2021. De plus, l'amortissement d'une subvention n'a pas été enregistré en 2022 du fait de la suspension du chantier de reconstruction du CAMSP, minorant ainsi les produits exceptionnels de 106 000 €.

5.2.3.2 Les charges

Sur la période examinée, les charges de fonctionnement augmentent de 23,50 %. Les dépenses de personnel constituent la principale composante, soit 82 % en 2024.

Tableau n° 28 : évolution des charges de fonctionnement des budgets annexes – en €

En €	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2020/2024	Var. annuelle moyenne
Titre 1 - Charges d'exploitation courante	578 518	603 894	660 695	669 949	860 596	48,76%	10,91 %
<i>dont charges à caractère médical</i>	8 153	13 179	19 091	20 737	25 836	216,89%	34,93 %
<i>dont charges à caractère hôtelier et général</i>	570 365	590 715	641 604	649 212	834 760	46,36%	10,49 %
Titre 2 : charges de personnel	3 816 897	3 898 600	4 110 603	4 413 528	4 626 988	21,22%	4,95 %
<i>dont charges de personnel non médical</i>	3 196 842	3 105 271	3 301 159	3 537 423	3 721 311	16,41%	3,95 %
<i>dont personnel médical</i>	522 822	693 198	707 418	764 661	792 795	51,64%	11,60 %
Titre 3 : charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	148 934	94 624	87 277	104 282	124 555	-16,37%	-1,33 %
Total des charges d'exploitation	4 544 349	4 597 118	4 858 574	5 187 759	5 612 139	23,50%	5,45 %

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

L'évolution annuelle des charges d'exploitation est de 5,45 %. Les dépenses des locaux inoccupés du CRA contribuent à alourdir les charges consolidées du titre 1.

Les charges de personnel évoluent de manière variable selon les structures suite aux mesures catégorielles et à l'augmentation des ETPR. Ainsi, les dépenses du titre 2 du CAMSP de Basse-Terre ont augmenté de 6 % entre 2021 et 2022 (18 % pour le personnel médical et 3 % pour le personnel non médical).

Les dépenses de personnel du CRA augmentent de 21 % dont 12 % en lien avec les mesures catégorielles pour le personnel non médical.

Le titre 2 du CSAPAG augmente de 9 % entre 2021 et 2022 mais les ETPR du personnel médical diminuent passant de 0,64 à 0,56. Les ETPR du personnel non médical passent de 13,13 en 2022 à 15,10 en 2023.

Le CAMSP de Pointe-à-Pitre subit la baisse des dépenses de personnel (-9 % pour le personnel médical et -0,4 % pour le personnel non médical) en raison de nombreuses vacances de postes, venant ainsi lisser les effets de mesures catégorielles.

Le titre 3 diminue de 16,37 % sur la période. En 2020, le niveau plus important des dépenses s'explique par le montant des charges exceptionnelles (72 000 €). Ce poste diminue pour atteindre 21 755 € en 2023.

5.2.4 Les soldes intermédiaires de gestion s'améliorent à la faveur de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie

Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) permettent d'analyser la santé financière de l'hôpital et notamment sa capacité à financer ses investissements et à couvrir le remboursement de sa dette. Leur analyse sur le seul budget principal n'est donc pas suffisante et doit être effectuée à partir des comptes consolidés.

Tableau n° 29 : la capacité d'autofinancement – en €

	2020	2021	2022	2023	2024
Produits de l'activité et de la tarification	69 577 699	74 364 015	81 173 526	90 689 631	93 867 320
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	2 397 268	2 630 803	2 275 990	2 800 386	3 282 786
= Produits de gestion	71 974 967	76 994 818	83 449 515	93 490 017	97 150 106
Charges de personnel nettes	59 370 596	64 196 094	67 096 815	72 890 716	77 839 353
Autres charges de gestion nettes	11 345 296	11 634 608	12 351 371	12 523 961	16 199 059
= Charges de gestion nettes	70 715 892	75 830 703	79 448 187	85 414 677	94 038 412
Marge brute d'exploitation (a)	1 259 075	1 164 116	4 001 328	8 075 340	3 111 694
Aides reçues (b)	0	0	415 199	1 061 700	94 679
Marge brute d'exploitation non aidée (c=a-b)	1 259 075	1 164 116	3 586 129	7 013 640	3 017 015
Taux Marge Brute en % des produits de gestion	1,7 %	1,5 %	4,8 %	8,6 %	3,2 %
(+/-) Résultat financier	-59 434	-34 009	-70 986	-103 822	-98 580
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	1 848 471	1 098 574	720 088	1 870 664	1 857 673
- Charges exceptionnelles réelles	386 182	355 449	379 983	558 566	920 983
= Capacité d'autofinancement brute	2 661 929	1 873 232	4 270 447	9 283 616	3 949 805
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	3,7 %	2,4 %	5,1 %	9,9 %	4,1 %
- Annuité en capital de la dette	729 506	131 256	218 760	175 008	175 008
= Capacité d'autofinancement nette	1 932 424	1 741 976	4 051 686	9 108 607	3 774 797
Taux de CAF nette en % des produits de gestion	2,7 %	2,3 %	4,9 %	9,7 %	3,9 %

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

5.2.4.1 La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation est calculée à partir de l'ensemble des charges et des produits directement ou indirectement liés à l'activité (charges et produits de gestion). Les charges et les produits présentant un caractère financier et exceptionnel en sont exclus.

L'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé considère ce taux comme un indicateur central de la performance économique de l'établissement et recommande d'atteindre un taux de marge brute de 8 % des produits courants hors aides financières.

De 2020 à 2022, le taux de marge brut est très éloigné du seuil indicatif de 8 % puisqu'il a représenté 1,7 % de l'ensemble des produits de gestion en 2020, puis 1,5 % en 2021. En 2022, la marge progresse pour atteindre 4,8 % grâce à une augmentation des produits de gestion supérieure à celle des charges de gestion, respectivement 8 % et 5 %. En 2023, la marge d'exploitation a bénéficié de la hausse plus importante des produits (+12 %), en lien avec la réforme du financement de la psychiatrie. Elle atteint 8,6 %. Ce pourcentage situe l'établissement au-dessus de la moyenne nationale de 6,9 % en 2023, mais il retombe à 3,2 % en 2024 en raison de la forte augmentation des charges nettes de gestion, qui passent de 85,41 M€ en 2023 à 94,03 M€ en 2024.

5.2.4.2 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement brute (CAF) résulte de la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables. À la différence de la marge brute, elle intègre le résultat financier et le résultat exceptionnel.

L'article R. 6145-11 du CSP dispose que la CAF de l'établissement doit « *être suffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts à échoir au cours de l'exercice* ». Le surplus permet de financer en partie les investissements.

La CAF brute suit la même trajectoire que celle de la marge brute d'exploitation. De 2 661 929 € en 2020, elle s'élève à 1 873 232 € en 2022. Cette baisse est principalement due à la diminution du résultat exceptionnel de près de 700 000 €. En effet, l'exercice 2020 était majoré artificiellement par plus de 1,50 M€ de produits sur exercices antérieurs.

Il est généralement admis que le taux de CAF/produits de gestion d'un centre hospitalier est satisfaisant à partir de 6 %. Celui de l'EPSM ne dépasse ce seuil qu'en 2023 avec un taux de 9,9 % grâce à l'augmentation importante des dotations. En 2024, ce taux recule pour s'établir à 3,9 %, en raison de la diminution de la marge brute d'exploitation.

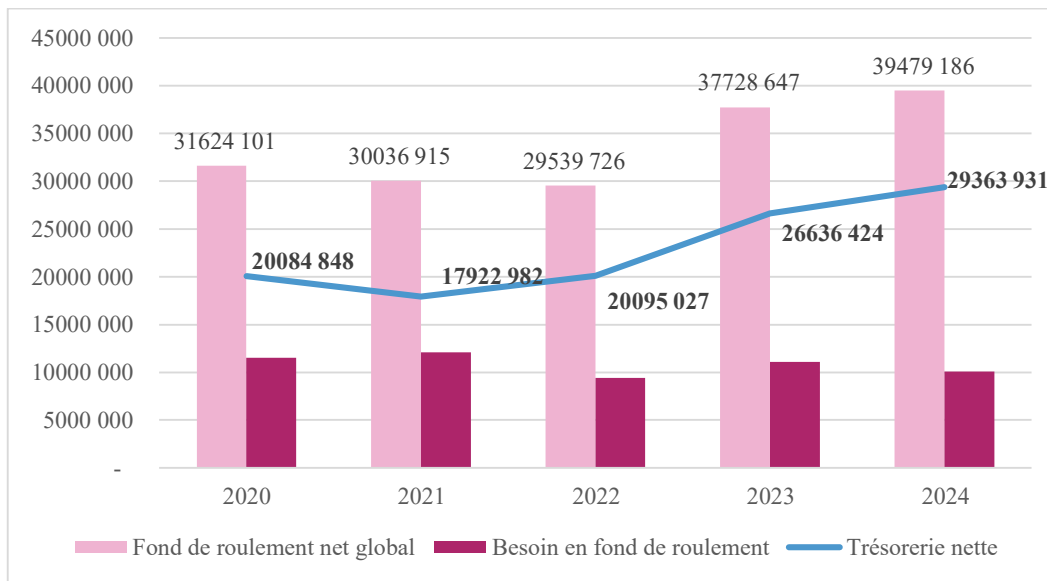
5.2.5 **La situation bilancielle**

5.2.5.1 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Trois indicateurs principaux permettent d'analyser la situation bilancielle d'un établissement : le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie.

Le fonds de roulement est un indicateur de sécurité financière permettant d'évaluer la capacité de la structure à financer les emplois stables par des ressources stables, tout en pouvant couvrir le besoin en fonds de roulement (BFR) par son excédent. Le BFR résulte du décalage entre l'actif circulant (les recettes en attente d'encaissement) et le passif circulant (les dettes en attente de paiement).

La trésorerie est le solde entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. Le décalage entre l'encaissement des créances et le paiement des dettes doit être contenu.

Graphique n° 7 : évolution du FDR, du BFR et de la trésorerie – en €

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

Le BFR a été positif de 2020 à 2024, témoignant d'un montant de créances d'exploitation, en attente de recouvrement, supérieur au montant des dettes d'exploitation à régler (à l'encontre des fournisseurs notamment). En effet, sur la période 2020-2023, le niveau moyen des créances d'exploitation est de 12,32 M€, tandis que celui des dettes d'exploitation est de 6,32 M€.

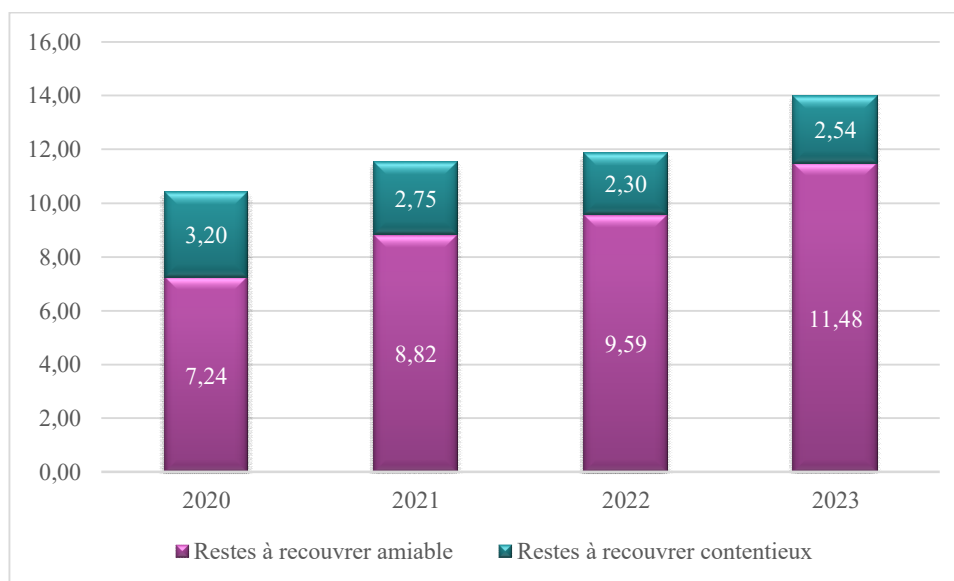
Cette situation a engendré un niveau moyen de trésorerie de 21,18 M€ représentant en moyenne 99 jours de charges courantes, soit largement au-dessus du niveau moyen national de la trésorerie des hôpitaux psychiatriques qui se situait à 77,1 jours, en 2023¹³⁶. En 2024, la trésorerie atteint 29,36 M€, soit l'équivalent de 114 jours de charges courantes.

5.2.5.2 Les restes à recouvrer dominés par les créances sur la caisse pivot¹³⁷ et les autres tiers payants

Le montant des restes à recouvrer a progressé de 11 % entre 2020 et 2021, de 2,7 % entre 2021 et 2022 et de 18 % entre 2022 et 2023, passant de 10 434 815 € en 2020 à 14 018 295 € en 2023, soit une croissance de 34,3 %.

¹³⁶ <https://www2.assemblee-nationale.fr/static/17/Annexes-DL/PLFSS-2025/PLFSS2025-Annexe06.pdf>

¹³⁷ La caisse pivot est définie par l'article L. 174-2-1 du code de la Sécurité Sociale comme étant la caisse de paiement unique, la caisse d'assurance maladie obligatoire, qui paie à un établissement de santé, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les factures émises par cet établissement.

Graphique n° 8 : évolution du recouvrement - en M€

Source : CRC de Guadeloupe à partir de l'état des restes à recouvrer

Les créanciers principaux étant les caisses de sécurité sociale (47,5 %), les autres tiers payants, au nombre desquels les mutuelles (23 %), les autres débiteurs (15,8 %) et les hospitalisés et consultants (13,6 %).

Entre 2020 et 2023, les créances sur la caisse pivot ont augmenté de 29 %. Celles sur les hospitalisés et consultants sont passés de 1 706 783 € en 2020 à 1 911 595 € (+ 12 %).

Les taux de recouvrement s'améliorent fortement en 2022 et 2023 en raison de l'augmentation du nombre de titres émis en 2022 et d'une plus grande concentration de titres émis au dernier quadrimestre 2023.

Tableau n° 30 : évolution du taux de recouvrement de l'établissement¹³⁸ - en %

	2020	2021	2022	2023	2024
Taux recouvrement ex. courant	55,63	51,84	83,27	89,05	50,63
Taux recouvrement ex. précédent	58,42	59,29	81,36	53,92	65,48

Source : comptable public

Le recouvrement contentieux a diminué de 20,7 % sur la période dont -56,2 % pour les hospitalisés, -15,7 % pour la caisse de sécurité sociale, -91,5 % pour les autres tiers payants. Seules les créances sur les autres débiteurs augmentent de 19,5 % en phase contentieuse. Il s'agit principalement de la dette du centre hospitalier de Basse-Terre (CHBT) en lien avec les ventes de repas par l'EPSM.

¹³⁸ Les taux restitués ne concernent que les produits locaux pour lesquels le comptable a une véritable action de recouvrement. Sont exclues toutes les recettes liées aux dotations. Ils sont calculés à partir des encaissements rapportés aux prises en charge.

L'état des restes à recouvrer produit à la date du 25 janvier 2025 indique une créance de plus de 3,50 M€ sur la période de 2019 à 2024. Des compensations ont été réalisées par le comptable public à hauteur de 882 532 € en août 2022 et de 47 220 € en juillet 2024. De l'avis de ce dernier, la réalisation de ces compensations est difficile parce que, d'une part, il n'y a pas toujours de réciprocité dans les budgets respectifs en termes de mandats et titres et, d'autre part, l'application de la compensation nécessite un accord réciproque qu'il n'est pas toujours aisé d'obtenir. Ainsi, s'agissant de la dernière compensation, le comptable signale un décalage de 6 mois dans l'obtention de cet accord.

Les créances antérieures au 31 décembre 2020¹³⁹ sont de 4,3 M€ dont 2,1 millions dus par la caisse de sécurité sociale (48 %) et 1,6 M€ par les autres tiers payants (38 %). Cette situation s'explique par des titres de dotations anciens (2008-2013) non réajustés, de refacturation d'un compte épargne temps (CET) suite au transfert de personnel CHU-EPSM. S'agissant des autres tiers payants (autres patients et organismes complémentaires), le taux de recouvrement, inférieur à 70 % jusqu'en 2021, connaît une nette amélioration en 2022, atteignant 74 %. Il serait de 82 % en 2024.

La chambre rappelle qu'un montant significatif de créances restant à recouvrer est de nature à biaiser l'analyse du besoin en fonds de roulement et par conséquent la trésorerie. En effet, les créances non recouvrées augmentent le BFR. Or, plus le BFR augmente, plus la trésorerie se dégrade d'où la nécessité de limiter au maximum le risque d'irrecouvrabilité des créances.

L'établissement doit se rapprocher du comptable public afin d'effectuer le bilan du recouvrement et de formaliser au plus tôt une convention visant à fiabiliser le recouvrement, notamment par l'apurement des titres anciens et l'amélioration du contenu des titres pour faciliter l'identification et la recherche des tiers par le comptable afin de fiabiliser les restes à recouvrer.

5.2.5.3 Les délais de paiement fournisseurs respectent le délai réglementaire

En vertu de l'article R. 2192-11 du code de la commande publique, le délai de paiement est fixé à 50 jours pour les établissements publics de santé¹⁴⁰.

Les dettes d'exploitation passent de 4,16 M€ en 2020 à 8,99 M€ en 2023 pour s'établir à 5,98 M€ en 2024.

Globalement, sur la période considérée, les délais de paiement de l'établissement respectent le délai réglementaire, à l'exception du CAMPS de Pointe-à-Pitre en 2023.

¹³⁹ En application de la prescription quadriennale des créances.

¹⁴⁰ Aux termes du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013, lorsque l'ordonnateur et le comptable public ne relèvent pas de la même personne morale, le comptable dispose, afin d'exercer les missions réglementaires qui lui incombent, d'un délai de 15 jours pour les EPS.

Tableau n° 31 : délais de paiement fournisseurs – en jours

Organisme	2020	2021	2022	2023	2024
Budget principal	24,53	35,09	34,69	38,04	38,76
CAMSP BT	25,16	36,30	33,72	28,26	33,70
CRA	36,71	49,67	24,83	37,55	34,20
CSPAG	24,32	32,93	20,47	33,95	18,55
CAMSP PTP	31,22	47,45	37,70	51,63	45,64

Source : comptable public

5.2.6 Le financement de l'investissement

5.2.6.1 L'établissement a recours à des ressources extérieures limitées

L'augmentation de la CAF brute, conjuguée à la diminution de l'endettement favorisent les marges de financement propres de l'établissement pour ses investissements.

L'EPSM n'a pas souscrit au dispositif de soutien aux établissements de santé créé par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 leur permettant de soutenir le financement des investissements indispensables à leur fonctionnement ou à leur transformation¹⁴¹. Également appelé « *Ségur Investissement* », ce dispositif a fait l'objet de deux appels à projets, auxquels l'EPSM n'a pas candidaté.

En 2022 et 2023 l'établissement a reçu des subventions d'équipement pour près de 1,5 M€ pour le financement de la MDA, l'EMADO, la cuisine et les travaux de sécurisation.

Ces subventions représentent cependant à peine 10 % du financement disponible de ces deux exercices. Elles n'ont pas encore pu être amorties, car dans l'attente desancements des travaux du PPI non validés par l'ARS.

5.2.6.2 Le recours à l'endettement est modéré

L'établissement n'a qu'un seul emprunt en cours durant la période examinée. L'encours de la dette est de 2,40 M€ fin 2024.

Sous la période sous revue, la CAF brute a toujours permis de couvrir l'annuité de la dette qui a diminué de façon significative entre 2020 et 2024, passant de 729 506 € en 2020 à 175 008 € en 2024. Les charges financières s'établissent à 103 822 € en 2023.

Au regard de la CAF dégagée par exemple en 2023, la durée de désendettement de l'EPSM, qui n'a jamais dépassé 2 années auparavant, est de 6 mois fin 2024.

¹⁴¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

5.2.6.3 L'effort d'investissement a été couvert pour l'essentiel par la CAF nette

Sur la période sous revue, l'EPSM a réalisé 14,59 M€ de dépenses d'investissement dont 4,95 M€ en 2022.

Tableau n° 32 : financement de l'investissement – en €

En €	2020	2021	2022	2023	2024
CAF nette (a)	1 932 424	1 741 976	4 051 686	9 108 607	3 774 797
+ Subventions d'équipement reçues	0	0	415 199	1 061 700	94 679
+ Produits de cession	3 662	0	0	10 100	0
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	3 662	0	415 199	1 071 800	94 679
= Financement propre disponible (a+b)	1 936 086	1 741 976	4 466 885	10 180 407	3 869 476
Dépenses d'investissement réelles	2 243 387	3 308 712	4 957 174	1 983 687	2 105 027
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	73 908	272 067	174 348	106 335	143 986
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	485 811	1 046 368	387 086	246 735	122 717
<i>Dont autres immobilisations corporelles</i>	1 023 977	834 453	720 477	945 297	726 587
<i>Dont immobilisations en cours</i>	659 690	1 155 824	3 675 262	685 319	1 111 737
<i>Financements disponible / Dépenses d'investissement en %</i>	86 %	53 %	90 %	513 %	184 %
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	10 730	20 450	6 900	7 800	13 910
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	-318 031	-1 587 186	-497 189	8 188 921	1 750 539
+ Nouveaux emprunts de l'année	0	0	0	0	0
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	-318 031	-1 587 186	-497 189	8 188 921	1 750 539

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

Après une évolution significative en 2021 (3,30 M€), puis en 2022 (4,95 M€), le rythme des investissements ralentit en 2023 atteignant 1,98 M€ puis 2,10 M€ en 2024. Cette baisse en 2023 touche principalement les immobilisations en cours qui passent de 3 675 262 € à 685 319 € dû principalement à l'arrêt du chantier de rénovation des chambres de Basse-Terre.

La CAF nette couvre 86,1 % des dépenses d'investissement en 2020. En 2021, elle ne représente plus que 52,6 % et l'insuffisance des autres recettes (hors emprunts) a nécessité un prélèvement sur le fonds de roulement plus conséquent en raison de l'augmentation importante des dépenses d'investissement (+ 47,5 %). En 2022, grâce à une progression des produits de gestion supérieure à celle des charges de gestion, la CAF nette couvre 81,7 % des dépenses d'investissement.

Les ressources disponibles composées de la CAF nette (3 774 797 €) et des subventions d'équipement (94 679 €) permettent d'absorber entièrement les dépenses d'investissement réalisées en 2024. Le solde de 1 750 539 € vient abonder le fonds de roulement.

5.2.6.4 Le patrimoine tend à s'amoinrir

Le taux de vétusté des équipements est un indicateur qui mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'estimer la vétusté moyenne de ceux-ci. Plus le taux est proche de 100, plus l'établissement va devoir anticiper le financement du renouvellement de ses immobilisations. Dans le cas de l'EPSM, ce taux de vétusté est de 76,49 % pour les équipements et 64,5 % pour les constructions, ce qui place l'EPSM favorablement par rapport aux médianes des établissements comparables¹⁴². Ces ratios sont cependant fortement tributaires de la fiabilité des amortissements, ce qui, en l'espèce, n'est pas le cas.

En revanche, le taux de renouvellement des immobilisations qui exprime le rythme des investissements baisse fortement en 2024, passant de 6,23 % en 2022 à 2,45 % en 2024, se positionnant sous le taux médian constaté au niveau national pour les établissements publics de santé (3,3). Ce ratio est insuffisant au regard de l'obsolescence d'une part importante des immobilisations. Au rythme actuel des investissements, il faudrait théoriquement 40 ans à l'EPSM pour renouveler son patrimoine contre 16 ans en 2022 et 25 ans en 2021.

En conclusion, par rapport aux établissements de sa catégorie, l'EPSM de Guadeloupe présente une situation différenciée selon les indicateurs. Il est plus performant sur les grandeurs bilancielle (fonds de roulement et trésorerie) et les ratios d'endettement, mais moins performant sur les indicateurs d'investissement (taux de vétusté et de renouvellement des immobilisations, taux de CAF et de marge brute).

Tableau n° 33 : indicateurs financiers de l'EPSM

Indicateurs	2020	2021	2022	2023	2024
FRNG en nombre de jours de charges courantes	163,1	144,5	135,6	161,0	153,23
BRF en nombre de jours de charges courantes	60	58	43	47	39
Trésorerie en nombre de jours de charges courantes	104	86	92	114	114
Taux de marge brute/produits de gestion	1,7 %	1,5 %	4,8 %	8,6 %	3,2 %
Taux de CAF brute/produits de gestion	3,7 %	2,4 %	5,1 %	9,9 %	4,1 %
Taux de CAF nette/produits de gestion	2,7 %	2,3 %	4,9 %	9,7 %	3,9 %
Ratio d'indépendance financière	6,16 %	5,07 %	4,82 %	4,04 %	3,80 %
Capacité de désendettement (en années)	1,2	1,6	0,6	0,3	0,6
Encours de dette sur produits d'activité (en %)	4,44 %	3,99 %	3,45 %	2,85 %	2,57 %
Taux renouvellement des immobilisations	3,15 %	4,44 %	6,23 %	2,43 %	2,45 %
Taux de vétusté des constructions	50,8 %	55,1 %	59,7 %	64,5 %	
Taux de vétusté des équipements	73,28 %	73,80 %	76,03 %	76,49 %	78,97 %

Source : CRC de Guadeloupe à partir des comptes financiers

¹⁴² Source : données DGFIP. La médiane est à 59,8 % pour les constructions et 84,4 % pour les équipements.

5.3 Des perspectives difficiles à appréhender

5.3.1 L'évolution des produits apparaît incertaine dans le cadre de la réforme du financement de l'activité de psychiatrie

L'année 2022 était considérée comme une année de transition vers le nouveau modèle et les établissements ayant une activité de psychiatrie ont été financés par une dotation provisionnelle d'un montant au moins égal à leurs recettes de DAF de 2021, la réforme garantissant un financement stable jusqu'en 2026.

Une application « à blanc » du modèle sur les données 2022 devait permettre aux établissements d'estimer les incidences potentielles de la réforme sur leurs ressources.

En décembre 2021, l'établissement a effectué une présentation de son EPRD, incluant une simulation. En revanche, aucune simulation n'a été produite pour les années 2022, 2023 et 2024 prenant en compte les huit compartiments¹⁴³ définis par la réforme. Aucune communication en directoire et en CME n'a été produite.

Selon les informations communiquées, l'instance responsable au niveau local de la fixation des critères relatifs à la mise en œuvre de la réforme du financement (« *le comité consultatif d'allocations des ressources* ») n'a été mise en place qu'en septembre 2023. Les avis de cette instance sont intervenus après la notification des dotations de 2023 et de 2024.

Par ailleurs, il ressort d'une note relative à l'impact de la réforme du financement de la psychiatrie rédigée par l'EPSM en janvier 2025 que les financements des activités fléchées sont insuffisants au regard des dépenses qu'elles génèrent et sont évaluées par l'ordonnateur à près de 947 000 € pour l'EPRD 2025 dans le compartiment dotation populationnelle.

S'agissant de la « *dotation accompagnement à la transformation Psy* », destinée à financer les activités structurantes portées par l'établissement, les crédits complémentaires nécessaires ont été estimés à près de 849 000 € pour 2025. Ces recettes supplémentaires demandées par l'EPSM ont été identifiées dans l'EPRD initial en « *produits non notifiés d'avance* ». Pour sa part, l'ARS affirme avoir « *demandé que les activités fléchées soient clairement évaluées pour qu'elles soient identifiées au sein de la dotation populationnelle* ».

L'ARS, dans son courrier du 30 janvier 2025 relatif à l'EPRD, a refusé les demandes de produits non notifiés d'avance pour les équipes mobiles psychiatriques (EMP), (187 718 €), l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (278 280 €), la mission 3114 (66 121 €), le SMPR¹⁴⁴ (184 311 €), les EMADO¹⁴⁵ (71 175 €). Elle précise avoir soutenu partiellement l'équipe pré-existante par un financement pour un demi ETP de médecin et un IDE.

¹⁴³ Enveloppe de financement par thème.

¹⁴⁴ Service médico pédagogique régional : Lieu d'accueil pour des soins librement consentis, en ambulatoire, à temps partiel, mais aussi en hospitalisation de jour pour les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires.

¹⁴⁵ Equipes mobiles

L'autorité de tutelle n'a pas non plus accepté de majorer les dotations au titre de l'unité d'hospitalisation de courte durée au sein des urgences (408 120 €), considérant que cette activité devait être évaluée et identifiée au sein de la dotation populationnelle. L'ARS a motivé ces refus.

La demande de crédits pour une équipe de projet déjà constituée (144 898 €) n'a pas non plus été agréée par l'ARS, au motif de l'absence d'identification des activités fléchées au sein de la dotation populationnelle.

5.3.2 La fixation d'office de l'EPRD 2025 par l'autorité de tutelle limite les marges de manœuvre de l'établissement

L'arrêté de fixation d'office en date du 9 avril 2025 entraîne un caractère limitatif à l'ensemble des chapitres du budget de 2025, signifiant que l'ordonnateur ne peut valablement engager, liquider et mandater une dépense que dans la limite des crédits inscrits à l'EPRD. Dès lors, les marges de manœuvre de l'établissement pour 2025 se trouvent limitées.

Tableau n° 34 : comparatif des charges figurant à l'EPRD 2025 initial, modifié et fixé d'office – en €

Charges (en €)	EPRD initial	EPD modifié	Différence EPRD initial/EPD modifié	EPRD Fixé	Différence EPRD modifié/EPRD fixé
Titre 1 - Charges de personnel	80 251 279	79 027 100	1 224 178	75 328 360	3 698 740
Titre 2 - Charges à caractère médical	2 111 895	2 111 895	0	2 111 898	-3
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	15 387 555	15 028 496	359 058	12 108 765	2 919 731
Titre 4 - Charges d'amortissement, provisions, charges exceptionnelles	6 275 555	6 072 408	203 147	6 072 408	0
Total	104 026 283	102 239 899	1 786 384	95 621 431	6 618 468

Source : rapport de présentation de l'EPRD 2025 et courrier de fixation d'office de l'ARS

Aussi, avec la fixation d'office de l'EPRD en 2025, les recettes fixées sont inférieures de 6,61 M€ aux recettes escomptées par l'EPSM en 2025.

Par conséquent, au vu des faibles marges de manœuvre dont l'établissement bénéficie s'agissant de ses recettes, la stabilité de ses dépenses apparaît comme prioritaire. En effet, une baisse des ressources risque de détériorer sensiblement l'équilibre financier de l'établissement.

5.3.3 Le plan global de financement pluriannuel 2025-2029 est en suspens

L'article R. 6145-66 du CSP précise que le PGFP, fixé par le directeur, définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement. Il retrace l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles pour une durée minimale de cinq ans glissants, tant en exploitation

qu'en investissement, et présente l'évolution prévisionnelle des indicateurs de gestion pour la période pour laquelle il est fixé (marge brute, capacité d'autofinancement, fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie).

Dans son courrier de refus de l'EPRD en date du 30 janvier 2025, le directeur général de l'ARS a relevé que le PGFP 2025-2029 qui l'accompagnait affichait une trajectoire très dégradée aboutissant à terme à un résultat d'exploitation prévisionnel déficitaire « *record* » de plus 8 M€.

Selon lui, le programme d'investissement de 28,8 M€, financé en partie par un emprunt de 15 M€ en 2025 et par un prélèvement sur le fonds de roulement les années suivantes, risquerait d'engendrer une baisse significative du niveau de trésorerie sur la période.

Le rejet du PGFP ne paraissant pas explicite dans le courrier du 30 janvier 2025, à la demande de précision de la chambre sur sa position réelle à l'égard PGFP, il, par courriel du 16 mai 2025, a répondu que « *Compte tenu de l'importance de s'accorder sur la première année du PGFP et des calculs de ratios qui en découlent, cette première étape apparaissait comme nécessaire à l'élaboration, ensuite du PGFP. En l'absence d'éléments, nous n'avons donc pas eu à statuer sur le PGFP* ».

À la clôture de l'instruction fin mai, le PGFP modifié pourtant prévu fin avril n'avait pas été produit à la chambre.

5.3.4 Le plan pluriannuel d'investissement en cours de validation devra s'adapter aux capacités financières réelles de l'établissement

Pour l'EPSM, s'agissant du plan pluriannuel d'investissement (PPI), « *certaines modifications restent à faire et seront validées le 28 avril 2025 pour une présentation à l'ARS début mai 2025. Une fois le PPI validé cela permettra la mise à jour du PGFP* ». En dépit de relances, aucune autre transmission n'a été faite à la chambre.

La chambre ne dispose que du projet de PPI qui prévoit un financement des opérations majeures sur la période de 2025 à 2029 à hauteur de 57,61 M€ répartis comme suit et détaillé en annexe 10.

Tableau n° 35 : PPI des opérations majeures sur la période de 2025 à 2029 - en €

Origine du financement	Montant prévisionnel
Financement autres (vente, ARS, FEDER)	14 152 105
Financement propre	9 150 811
Emprunts de 2025 à 2029	34 310 727
Total financement opérations majeures sur la période de 2025 à 2029	57 613 644

Source : projet de PPI de l'EPSM au 17 avril 2025

En l'état actuel du PGFP 2025-2029, la chambre invite l'EPSM de Guadeloupe à s'assurer de l'adéquation des investissements prévus au PPI à ses capacités de financement contraintes.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière de l'établissement durant la période 2020 à 2024 est en trompe l'œil.

Les charges ayant progressé plus rapidement que les produits entre 2020 et 2022, les résultats se sont dégradés. En 2023, la tendance s'inverse grâce à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, améliorant ainsi les résultats. Le taux de marge brute, jusque-là inférieur au seuil de 6 % fixé par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé atteint 8,6 % en 2023, plaçant l'établissement au-dessus de la moyenne nationale (6,9 %) mais se dégrade de nouveau en 2024 pour s'établir à 3,9 %.

La capacité d'autofinancement nette couvre une part importante des investissements et l'EPSM de Guadeloupe dégage une trésorerie suffisante pour pourvoir à ses besoins courants. L'endettement reste maîtrisé.

Cependant, une insuffisance d'anticipation de la réforme de la psychiatrie complexifiée par un dialogue sous tension avec l'autorité de tutelle rend les perspectives budgétaires et financières de l'établissement difficile à appréhender.

L'EPRD de 2025 a été fixé d'office par l'ARS, limitant les marges de manœuvre de l'EPSM. Le PGFP présenté par l'établissement pour la période 2025-2029 n'est à ce jour pas validé. Le plan pluriannuel d'investissement (PPI), partie intégrante du PGFP, prévoit la réalisation de travaux importants dont le financement est fortement tributaire des aides extérieures et de la capacité d'emprunt de l'établissement, qui requiert une certaine prudence dans sa mise en œuvre.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire - Signification des sigles	101
Annexe n° 2. Sectorisation psychiatrique adulte en Guadeloupe.....	105
Annexe n° 3. Sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Guadeloupe.....	106
Annexe n° 4. Cartographie des structures extra-hospitalières.....	107
Annexe n° 5. Modes et types de prise en charge des patients en psychiatrie.....	108
Annexe n° 6. Actions prévues initialement dans le PTSM	110
Annexe n° 7. Prévalence des personnes prises en charge pour trouble psychotique par département en 2022	111

Annexe n° 1. Glossaire - Signification des sigles

Sigle	Sigle développé
AES	accompagnant éducatif et social
AM	Assurance maladie
AMA	assistant médico-administratif
AMP	aide médico-psychologique
ANFH	association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARS	agence régionale de santé
ARTT	aménagement et réduction du temps de travail
AS	aide-soignant
ASE	aide sociale à l'enfance
ASH	agent de service hospitalier
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BA	budget annexe
BFR	besoin en fonds de roulement
BP	budget principal
CAF	capacité d'autofinancement
CASP	centre d'aide et de soutien psychologique
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CDU	commission des usagers
CET	compte épargne-temps
CFP	centre des finances publiques
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CLACT	contrat local d'amélioration des conditions de travail
CLAN	comité de liaison alimentation-nutrition
CLD	congé de longue durée
CLIC	centre local d'information et de coordination gérontologique
CLIN	comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLM	congé de longue maladie
CLS	conseil / contrat local de santé
CLSM	conseil / contrat local de santé mentale
CLUD	comité de lutte contre la douleur
CME	commission médicale d'établissement
CMP	centre médico-psychologique
CMPPE	centre médico-psychologique petite enfance
CNG	centre national de gestion
CNoCP	conseil de normalisation des comptes publics

Sigle	Sigle développé
CNR	crédits non reconductibles
CNRACL	caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
COPS	commission d'organisation de la permanence des soins
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	communauté professionnelle territoriale de santé
CR	crédits reconductibles
CRAPS	cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire
CRPA	compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	compte de résultat prévisionnel principal
CSIRMT	commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSMR	centre de soins - maison de retraite
CSP	code de la santé publique
CSS	code de la sécurité sociale
CSS	cadre supérieur de santé
CTE	comité technique d'établissement
CUMP	cellule d'urgence médico-psychologique
DAC	dispositif d'appui à la coordination
DAE	direction des affaires économiques
DAF	dotation annuelle de financement
DAM	direction des affaires médicales
DAR	direction allocations de ressources
DCGS	direction de la coordination générale des soins
DIM	département d'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
DGFîP	direction générale des finances publiques
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la santé
DNA	dotation non affectée
DOSA	direction de l'offre de soins et de l'autonomie
DPC	développement professionnel continu
Drees	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRFiP	direction régionale des finances publiques
DRH	direction des ressources humaines
DSIO	direction système d'information et organisation
ECT	électro-convulsivothérapie
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELA	équipe de liaison en addictologie
ELSA	équipe de liaison et de soins en addictologie
EMGP	équipe mobile géronto-psychiatrie
EMPP	équipe mobile psychiatrie précarité / migrants

Sigle	Sigle développé
EPRD	état des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	établissement public de santé
EPSM	établissement public de santé mentale
EPRUS	établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ESMS PA	établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées
ESMS PH	établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap
ESPIC	établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	éducation thérapeutique du patient
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
FEH	fonds pour l'emploi hospitalier
FFI	faisant fonction d'interne
FMESPP	fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FIPHFP	fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique
FIOP	fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
FIR	fonds d'intervention régional
FJH	forfait journalier hospitalier
FRNG	fonds de roulement net global
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHT	groupement hospitalier de territoire
GIP	groupement d'intérêt public
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GVT	glissement vieillesse technicité
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	hospitalisation complète
HDJ / HJ	hôpital de jour
HPST	loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST
IASL	indemnité d'activité sectorielle et de liaison
ICNE	intérêts courus non échus
IDE	infirmier diplômé d'État
LFSS	loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MAS	maison d'accueil spécialisée
MDRT	maison de réhabilitation thérapeutique
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
PES V2	protocole d'échange standard version 2
PET	prime d'exercice territorial

Sigle	Sigle développé
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PIE	pôle inter-établissement
PH	praticien hospitalier
PM	personnel médical
PMP	projet médical partagé
PMS	projet médico-soignant
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PMP	polyclinique médico-psychologique
PNM	personnel non médical
PPCR	parcours professionnels, carrières et rémunérations
PPMS	pôle médico-social public
PRISM	plan régional d'investissement en santé mentale
PRS	projet régional de santé
PTA	plateforme territoriale d'appui
PTSM	projet territorial de santé mentale
RIM-P	recueil d'information médicale en psychiatrie
RPS	réhabilitation psychosociale
RTT	réduction du temps de travail
SAFT	service d'accueil familial thérapeutique
SAMU	service d'aide médicale urgente
SD	solde débiteur (d'un compte)
SMPR	service médico-psychologique régional
SPDRE	soins pris sur décision du représentant de l'État
SPDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SROS	schéma régional d'organisation des soins
TCA	trouble du comportement alimentaire
TND	trouble du neurodéveloppement
UHSA	unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	unité pour malades difficiles
USIP	unité de soins intensifs psychiatriques
USLD	unité de soins de longue durée

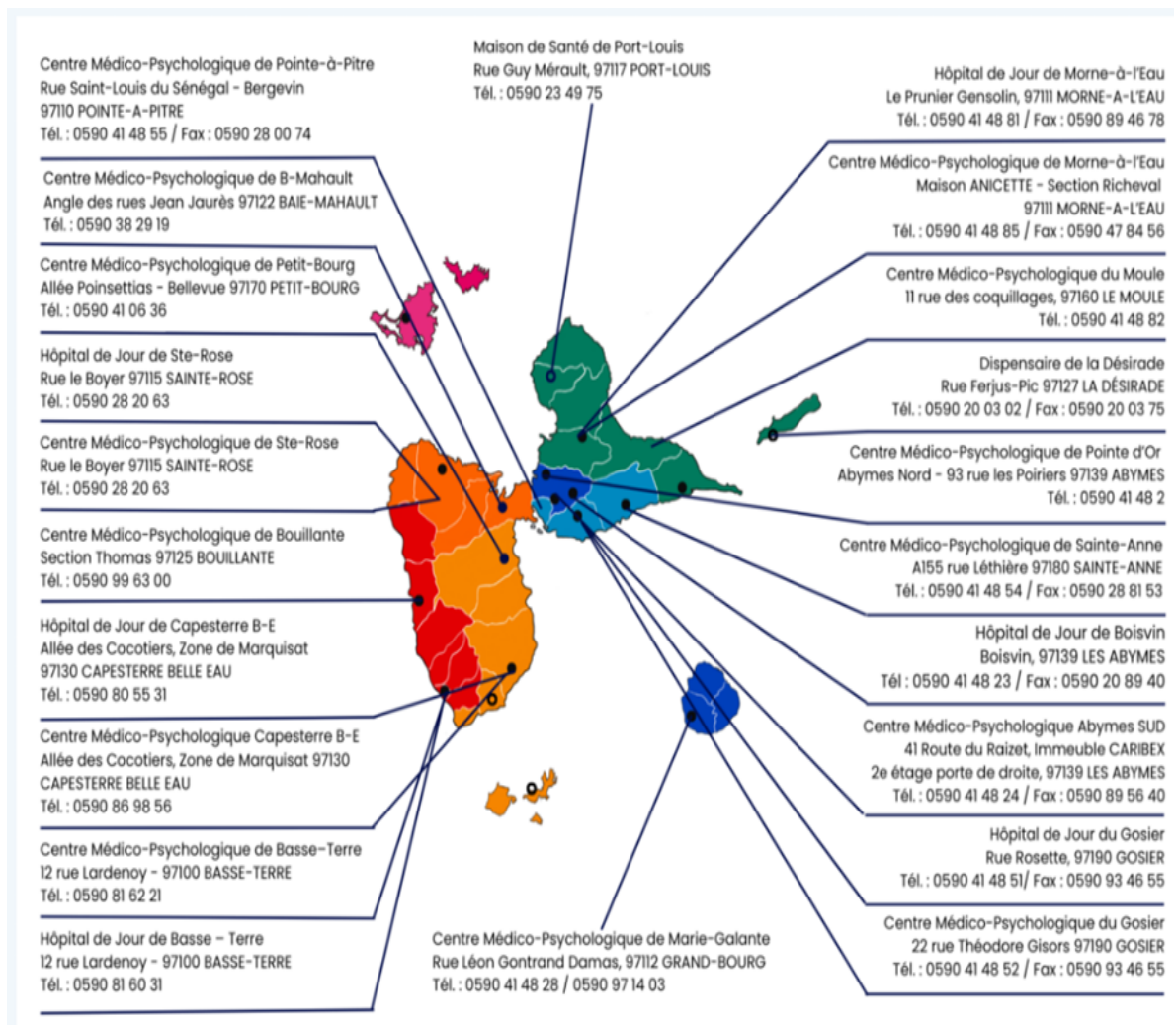
Annexe n° 2. Sectorisation psychiatrique adulte en Guadeloupe

Etablissement Public de la Santé Mentale de la Guadeloupe (EPSM-G)		Glossaire	
☎ 0590 80 52 52 - 1er plateau, 97120 Saint-Claude - www.ch-monteran.fr Admissions Saint-Claude ☎ 0590 80 52 23 - Admissions Pointe-à-Pitre ☎ 0590 41 49 62		C.M.P. Centre Médico-Psychologique H.D.J. Hôpital de jour C.A.T.P. Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel U.R.E.P.S. Unité de Réhabilitation Psychosociale	
EPSM-G: Secteur 96G01 ☎ 05 90 80 52 62 <i>Basse-Terre, Saint-Claude, Gourbeyre, Balif, Vx-Habitants, Bouillante, Pointe-Noire</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP de Basse-Terre ☎ 0590 81 62 21 CMP de Bouillante ☎ 0590 99 63 00 <u>Hospitalisation</u> Unité A (Acajou) Poste 5464 Unité B (Mahogany) Poste 5208		EPSM-G : Secteur 96G04 ☎ 05 90 41 48 00 <i>Abymes, Marie-Galante</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP Abymes Nord ☎ 0590 41 48 26 CMP Abymes Sud ☎ 0590 41 48 24 CMP M-Galante ☎ 0590 41 48 28 HDJ des Abymes ☎ 0590 41 48 23 <u>Hospitalisation</u> Poste Inf 4805	
EPSM-G: Secteur 96G02 ☎ 05 90 80 55 40 <i>Vieux-Fort, Trois-Rivières, Les Saintes, Capesterre BE, Goyave, Petit-Bourg</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP Capesterre BE ☎ 0590 86 98 56 CMP de Petit-Bourg ☎ 0590 41 06 36 HDJ de Goyave ☎ 0590 95 57 56 <u>Hospitalisation</u> Unité Réhabilitation (Bois de Rose) Poste 5471 Unité Accueil (Poinsettias) Poste 5462		EPSM-G: Secteur 96G05 ☎ 05 90 41 48 30 <i>Pointe-à-Pitre, Gosier, Sainte-Anne</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP de P-à-Pitre ☎ 0590 41 48 55 CMP du Gosier ☎ 0590 41 48 52 CMP de Ste-Anne ☎ 0590 41 48 54 HDJ du Gosier ☎ 0590 41 48 51 <u>Hospitalisation</u> Poste Inf 4834	
EPSM-G: Secteur 96G03 ☎ 05 90 80 52 53 <i>Deshales, Ste-Rose, Lamentin, Baie-Mahault</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP de B-Mahault ☎ 0590 38 29 19 CMP de Ste-Rose ☎ 0590 28 20 63 HDJ de Ste-Rose ☎ 0590 28 20 63 <u>Hospitalisation</u> Unité Clinique les Amandiers Poste 5451 Unité Accueil (Manguiers) Poste 5453		EPSM-G: Secteur 96G06 ☎ 05 90 41 48 60 <i>Moule, Désirade, St-François, Anse-Bertrand, Port-Louis, Petit-Canal</i> <u>Extra Hospitalier</u> CMP du Moule ☎ 0590 41 48 82 CMP M-à-l'Eau ☎ 0590 41 48 85 HDJ M-à-l'Eau ☎ 0590 41 48 81 <u>Hospitalisation</u> Poste Inf 4864	
EPSM-G: Pole Intersectoriel ❖ <u>Soins intersectoriels/Réhabilitation</u> Site Basse-Terre ☎ 05 90 80 55 51 CATTP : Poste 5562 Atelier thérap : Poste 5551 Equipe mobile : Poste 5286 Site Grande-Terre : CATTP/UREPS : Poste 4942 & 4943 Atelier thérap : Poste 4930 Equipe mobile : Poste 4944		❖ <u>Service de Psychiatrie Légale</u> ☎ 05 90 38 44 30 ❖ <u>Urgences/Liaison</u> Site Basse-Terre ☎ 05 90 80 54 03 Site Grande-Terre ☎ 05 90 41 49 50 U. H. L. D. Unité d'hospitalisation Longue Durée ☎ 05 90 41 48 20	

Annexe n° 3. Sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Guadeloupe



Annexe n° 4. Cartographie des structures extra-hospitalières



Source : site internet de l'EPSM

Annexe n° 5. Modes et types de prise en charge des patients en psychiatrie

Il existe deux modes de prise en charge en psychiatrie : des soins libres et des soins sans consentement :

- L'hospitalisation libre et consentie doit toujours être recherchée et privilégiée. Il s'agit d'une hospitalisation réalisée avec l'accord du patient à la demande d'un médecin libéral ou d'un praticien de l'établissement.
- L'hospitalisation sous contrainte. Conformément à l'article L. 3212.1 du Code de la Santé Publique, les personnes atteintes de troubles mentaux qui rendent impossible leur consentement et que leur état mental impose des soins immédiats, ils peuvent être hospitalisés sans leur consentement à la demande d'un tiers ou du représentant de l'Etat. Ces soins doivent rester une exception et garantir le respect des droits fondamentaux des patients. Toute hospitalisation en continu depuis plus de 15 jours est soumise au contrôle systématique du Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Ce dernier peut être saisi à tout moment afin d'ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques.

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie peuvent être distingués : l'ambulatoire, l'hospitalisation à temps complet et enfin l'hospitalisation à temps partiel.

1. **L'ambulatoire** définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Les centres médico-psychologique (CMP) sont des structures implantées en dehors de l'hôpital où s'organisent dans la journée l'accueil et les soins ne nécessitant pas d'hospitalisation tels que les consultations, les soins ambulatoires ainsi que les actions de prévention et de suivi au domicile des patients.

Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien ou de thérapie de groupe par le biais d'ateliers. Ils peuvent constituer le prolongement de l'activité d'un centre médico-psychologique ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet.

L'accueil familial thérapeutique (AFT) s'adresse à des usagers dont l'admission ou le maintien en milieu hospitalier n'est pas nécessaire, mais pour qui une prise en soin à temps complet apparaît indispensable dans le cadre du suivi thérapeutique. Il est confié à une famille constituée au moins d'un couple stable.

Les appartements thérapeutiques sont implantés en dehors de l'hôpital et proposent un hébergement temporaire à des patients nécessitant des soins et un suivi médical. Il s'agit d'une unité de soins axée sur la réinsertion sociale.

Les jardins thérapeutiques relèvent de thérapies occupationnelles manuelles dénommée l'hortithérapie. Il permet de réduire l'anxiété et améliorer le bien-être chez les patients par le jardinage.

Les équipes mobiles sont pluridisciplinaires et vont au-devant des personnes, où qu'elles se trouvent, pour faciliter l'accès aux soins, prévenir la détérioration de leur état mental, et soutenir leur intégration sociale.

2. Les hospitalisations à temps complet offrent une prise en charge graduée selon l'intensité des soins et un lieu d'hébergement du patient dans des structures de l'hôpital ou en dehors.

3. Les hospitalisations à temps partiel se font au sein de structures ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit.

Proposée dans un service d'hospitalisation complète, l'hospitalisation de nuit permet des actions thérapeutiques en fin de journée et une surveillance médicale de nuit pour des patients ayant acquis une certaine autonomie ou souhaitant préserver leur activité professionnelle.

L'hôpital de jour (HDJ) s'adresse à des personnes dont l'état de santé nécessite des soins pendant la journée, mais qui sont en capacité de vivre chez elles, à domicile. L'HDJ constitue une alternative à l'hospitalisation complète permettant ainsi de maintenir la personne dans son environnement et de prévenir les périodes de crise.

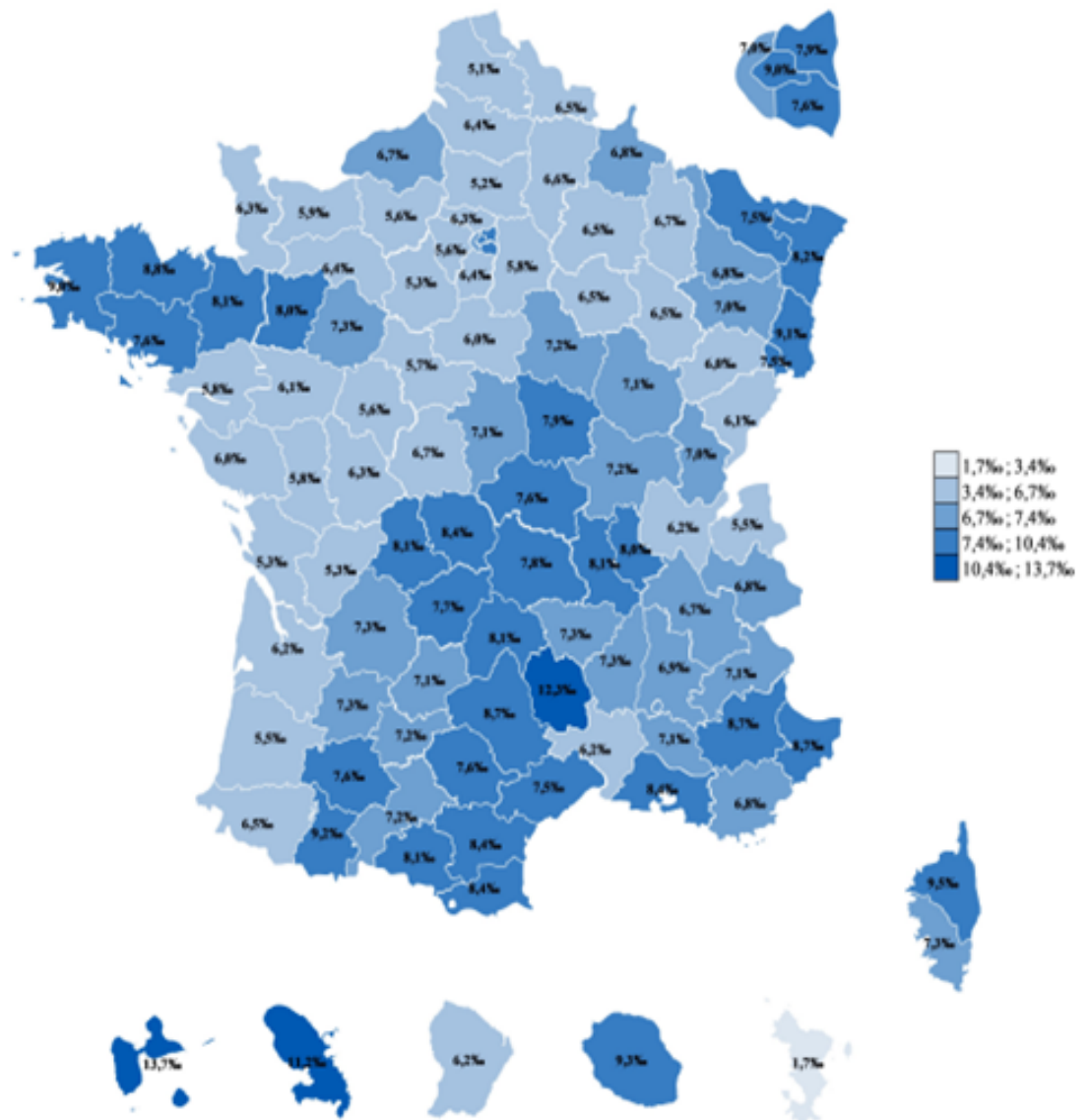
Annexe n° 6. Actions prévues initialement dans le PTSM

Les priorités 2020-2021

Il a été retenu vingt-deux actions structurantes pour le parcours patient et répondant aux axes de la feuille de route. Les autres actions feront l'objet d'une mise en œuvre après consultation du COPIL qui se réunit une fois par an pour évaluer la réalisation et l'atteinte des objectifs.

Action 1.	Créer des équipes mobiles adolescentes	49
Action 2.	Créer une nouvelle MDA	51
Action 3.	Accompagner le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)	54
Action 4.	Accompagner l'élaboration d'une formation et de stages croisés pour les différents acteurs qui contribuent au parcours du patient en santé mentale	56
Action 5.	Créer des équipes mobiles gériopsychiatriques	58
Action 6.	Former les équipes de prévention spécialisée à la pratique du repérage des situations de vulnérabilité	61
Action 7.	Former les personnels pénitentiaires au dépistage des troubles et fragilités psychiques (exemple du risque suicidaire)	64
Action 8.	Accompagner l'élaboration d'une application pour le repérage des signes précurseurs	67
Action 9.	Renforcer la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques	70
Action 10.	Compléter et renforcer l'offre de prise en charge des adolescents suite à l'évaluation des équipes mobiles	74
Action 11.	Initier un appel à candidature pour IDE en pratique avancée en santé mentale	76
Action 12.	Ouvrir un dialogue avec la CGSS sur l'expérimentation du paiement à l'acte des psychologues libéraux	79
Action 13.	Associer l'EPSM aux opérateurs qui concourent à l'élaboration d'un projet d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle	81
Action 14.	Développer les consultations avancées en psychiatrie et en addictologie sur l'ensemble du territoire, au plus près des usagers, y compris dans les îles du Sud	84
Action 15.	Renforcer le repérage des troubles autistiques	86
Action 16.	Initier l'organisation des universités en santé mentale	87
Action 17.	Renforcer et pérenniser l'organisation de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM)	90
Action 18.	Renforcer la réhabilitation psychosociale à l'échelle du territoire	92
Action 19.	Aider à la création de GEM sur les territoires isolés	94
Action 20.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un DU santé mentale/pairs aidants	96
Action 21.	Initier une rencontre avec différents partenaires pour la construction d'un Master en santé mentale pour les infirmiers à pratique avancée	98
Action 22.	Encourager le partenariat avec les bailleurs sociaux pour améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques	100

Annexe n° 7. Prévalence des personnes prises en charge pour trouble psychotique par département en 2022



Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2024)

Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee



Chambre régionale des comptes de Guadeloupe

Parc d'activités La Providence – Kann'Opé – Bât. D – CS 1811

97181 LES ABYMES CEDEX

Adresse mél. antillesguyane@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crtc-antilles-guyane