



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ACCOMPAGNÉ DE SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER MAURICE DESPINOY (Établissement de soins psychiatriques)

(Département Martinique)

Exercices 2020 et suivants

Le présent document a été délibéré par la chambre le 16 octobre 2025

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE.....	6
RECOMMANDATIONS.....	8
PROCÉDURE.....	9
1 L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EN MARTINIQUE	10
LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT.....	10
1.1 Un territoire de santé marqué par une population vieillissante et précaire	11
1.2 Une offre de soins psychiatriques structurée par le centre hospitalier Maurice DESPINOY.....	12
1.2.1 Le rôle majeur du centre hospitalier Maurice DESPINOY sur le territoire	12
1.2.2 L'unification à venir de la prise en charge psychiatrique publique martiniquaise	13
1.2.3 Des soins variés avec une gradation des modalités de prise en charge psychiatrique.....	14
1.2.3.1 L'hospitalisation complète	14
1.2.3.2 L'hospitalisation partielle.....	15
1.2.3.3 Les soins ambulatoires et la déclinaison par pôles	16
1.2.3.4 Le secteur médico-social	16
1.2.4 Des disparités territoriales qui accentuent les difficultés d'accès aux soins.....	17
1.2.5 Une présence largement inférieure à la moyenne nationale pour les psychiatres libéraux et pénurie pour les 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 caractéristiques du recours aux soins psychiatriques	19
1.4 Une rapide adaptation de l'offre aux besoins du territoire.....	20
1.4.1 Des dispositifs innovants de soins psychiatriques.....	20
1.4.1.1 La mise en place expérimentale d'un dispositif de réponse aux situations de crise psychiatrique.....	20
1.4.1.2 La forte dynamique des équipes mobiles	21
1.4.2 Des projets structurants portés par l'établissement	21
1.4.2.1 Une unité inter-régionale pour malades difficiles	21
1.4.2.2 Une unité hospitalière spécialement adaptée.....	21
1.5 Une activité hospitalière marquée par l'augmentation de l'ambulatoire et l'importance des soins sans consentement	22

1.5.1 L'activité générale a connu une hausse de 7 % en 4 ans.....	23
1.5.2 L'activité d'hospitalisation complète	24
1.5.2.1 La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète.....	24
1.5.2.2 Des entrées en hospitalisation marquées par la part importante des soins sans consentement	25
1.5.2.3 La baisse tendancielle de la durée moyenne d'hospitalisation et de séjour néanmoins supérieure à la moyenne nationale	26
1.5.3 L'activité d'hospitalisation partielle.....	27
1.5.4 L'activité ambulatoire	27
1.5.4.1 Une activité ambulatoire dynamique avec une importante prise en charge des équipes mobiles.....	27
1.5.4.2 Des délais d'attente en CMP très variables d'une structure à l'autre	28
1.6 La prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins	29
1.6.1 Un établissement certifié par la HAS avec recommandation d'améliorations.....	29
1.6.2 Des écarts relevés par l'ARS lors de la mission d'inspection dans le cadre de la lutte contre les événements indésirables	29
1.6.3 Les contrôles des MAS, Ehpad et FAM ont donné lieu à des recommandations globalement effectuées par le CHMD	31
2 LA GOUVERNANCE ET LES PÔLES	33
2.1 La gouvernance	33
2.1.1 Les instances de gouvernance	33
2.1.1.1 Le conseil de surveillance	33
2.1.1.2 Le directoire	34
2.1.1.3 La commission médicale d'établissement	34
2.1.1.4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	35
2.1.2 Le comité de direction.....	36
2.2 L'organisation en pôles et la contractualisation interne.....	37
2.2.1 Une organisation polaire bien établie.....	37
2.2.2 La délégation de gestion et la contractualisation	37
2.3 Des orientations stratégiques claires, une mise en œuvre partielle	38
2.3.1 Le rôle stratégique du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	39
2.3.2 Le projet territorial de santé mentale a été essentiellement mis en œuvre	40
2.3.3 Un projet d'établissement clair et bien décliné	41
2.3.4 L'inscription en tant que membre associé dans la stratégie du groupement hospitalier de la Martinique	42
2.3.5 La mise en œuvre des contrats locaux de santé mentale	43
3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	45
3.1 Une stratégie RH axée autour du regroupement des structures.....	45
3.1.1 Une transformation des ressources humaines en cours.....	45
3.1.2 L'absence de rapport social unique	46
3.2 La gestion des effectifs.....	46
3.2.1 L'évolution du personnel non médical : une maîtrise des effectifs, des besoins persistants pour les métiers en tension.....	46

3.2.2 Une baisse d'attractivité pour les personnels médicaux qui complique le fonctionnement de certains pôles	48
3.3 Une masse salariale en nette augmentation	49
4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES	52
4.1 La gestion budgétaire	52
4.1.1 Les différents budgets de l'établissement	53
4.1.2 Le non-respect du calendrier budgétaire	53
4.1.2.1 Les états des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis tardivement	53
4.1.2.2 Les comptes financiers sont adoptés dans les délais	54
4.2 La fiabilité des comptes	54
4.2.1 Le suivi des immobilisations est perfectible	54
4.2.1.1 L'inventaire et l'état de l'actif sont discordants	54
4.2.1.2 Le transfert des immobilisations aux comptes d'imputation définitif n'est pas régulièrement effectué	55
4.2.2 Le principe de prudence pour la constitution des provisions est insuffisamment respecté	56
4.2.2.1 Les provisions pour litiges et pour gros entretien	56
4.2.2.2 Les provisions pour dépréciation des créances	57
5 LA SITUATION FINANCIÈRE	59
5.1 La gestion budgétaire	59
5.2 Une situation financière critique, en dépit d'aides exceptionnelles	60
5.2.1 Des résultats consolidés en forte décroissance depuis 2022	60
5.2.2 Le résultat structurel du budget principal demeure alarmant	61
5.2.3 L'évolution des produits et des charges de fonctionnement du budget principal	62
5.2.3.1 Les produits du budget principal	62
5.2.3.2 Les charges du budget principal	65
5.2.4 La situation des budgets annexes	67
5.2.5 Les soldes intermédiaires de gestion en dessous des seuils prudentiels	68
5.2.5.1 La marge brute d'exploitation	68
5.2.5.2 La capacité d'autofinancement brute	68
5.2.6 La situation bilancielle est préoccupante	70
5.2.7 Un taux d'endettement en baisse	71
5.3 Le financement de l'investissement est fortement tributaire des subventions	72
5.4 La trajectoire du plan de retour à l'équilibre ne produit pas les résultats attendus	74
Annexe n° 1. Glossaire - Signification des sigles	76
Annexe n° 2. Carte du Pôle de l'enfant et de l'adolescent	81
Annexe n° 3. Carte du Pôle Adultes	82
Annexe n° 4. Carte des structures pour la prise en charge en hospitalisation partielle et en ambulatoire	83
Annexe n° 5. Modes et types de prise en charge des patients en psychiatrie	84
Annexe n° 6. Descriptions des équipes mobiles du CHMD	85

Annexe n° 7. Prévalence des personnes prises en charge pour trouble psychotique par département en 2022	86
Annexe n° 8. Les structures membres du groupement hospitalier de territoire	87
Annexe n° 9. Les instances de gouvernance du CHMD	88

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes de Martinique a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Maurice DESPINOY (CHMD) au titre des exercices 2020 et suivants. Il s'inscrit également dans le cadre d'un chapitre du 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 nécessaires en temps utile et à proximité.

En France, selon la « *feuille de route en santé mentale* » de 2024 environ 1 658 136 personnes bénéficiaient d'une affection de longue durée pour troubles psychiatriques (ALD 23) en 2022, parmi ceux-ci 7 590 patients martiniquais.

Un établissement au cœur de la prise en charge de la santé mentale en Martinique

Le CHMD est un établissement public de santé à vocation psychiatrique. L'offre de soins est essentiellement assurée par l'établissement sur un territoire qui dispose d'autant de lits par habitant que l'Hexagone et d'une capacité d'hospitalisation partielle conforme à la moyenne nationale. Par ailleurs, le territoire souffre d'une pénurie critique de psychiatres et pédopsychiatres libéraux. Cela accroît le recours aux soins psychiatriques, essentiellement assurés par le CHMD sur le territoire martiniquais. En conséquence, les durées de séjour, qui recouvrent des réalités disparates, sont cependant plus élevées que la moyenne nationale. Mais, l'établissement a su faire évoluer son offre de soins en déployant une dizaine d'équipes mobiles sur le territoire.

De nombreux facteurs contraignent le pilotage de l'activité du CHMD : 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'établissement compte tenu de ses données d'activité.

Les solutions en amont et en aval de l'hospitalisation demeurent insuffisantes. Par ailleurs, plusieurs instances du CHMD ne se réunissent pas à échéances régulières.

Une pénurie de personnels médicaux, des charges de personnel en hausse

Au 31 décembre 2023, l'établissement employait près de 1 248 personnes dont 68 ETP médicaux et 1 180 ETP non médicaux. Lors de la période de contrôle, les charges de personnel ont augmenté de 5,5 % par an, portées par des revalorisations salariales et des recrutements. La masse salariale est passée de 70,6 M€ à 87,4 M€ entre 2020 et 2024.

Le nombre des ETP non médicaux a progressé de 1 161 en 2020 à 1 215 en 2024, soit une hausse de 4,7 % mais le recrutement reste difficile dans certaines fonctions, notamment chez les psychologues (23 % de postes vacants) et les adjoints médico-administratifs (22 % de postes vacants). Le nombre de praticiens hospitaliers titulaires est passé de 40 en 2022 à 32 en 2024, soit une baisse de 18,25 %. Pour faire face à cette pénurie, le CHMD a de plus en plus recours à des praticiens contractuels et au recrutement de praticiens à diplôme hors Union européenne. S'il a permis de retrouver des marges de manœuvre, ce recours s'est traduit par

une augmentation du coût moyen des praticiens. Ainsi, la rémunération du personnel médical a augmenté de 10,9 % par an contre 4,4 % pour le personnel non médical.

Une situation financière dégradée

La situation financière du CHMD est aujourd'hui préoccupante, tant en fonctionnement qu'en termes de structure bilancielle. En dépit du soutien budgétaire important de l'ARS, l'établissement est confronté à un déséquilibre financier structurel. Les soldes intermédiaires de gestion demeurent pour la plupart en dessous des seuils prudentiels au niveau national sur toute la période sous revue, excepté en 2021 en raison du niveau exceptionnel des subventions de fonctionnement.

La chambre estime que la situation financière du CHMD demeure dégradée en dépit d'un plan de retour à l'équilibre dont la mise en œuvre n'a pas produit les effets attendus au vu du déficit de 2024 du budget principal (hors aides financières) à -5,40 M€ contre 6,19 M€ en 2023.

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		35
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		35
Recommandation n° 3 : établir une charte de gouvernance conformément à l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique.			X		36
Recommandation n° 4 : mettre en place de manière effective les actions définies par le projet territorial en santé mentale qui incombent au centre hospitalier Maurice DESPINOY.			X		42
Recommandation n° 5 : produire un rapport social unique conformément aux dispositions de l'article L. 231-1 du code général de la fonction publique.			X		47
Recommandation n° 6 : 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		59
Recommandation n° 7 : respecter les délais de paiement conformément aux dispositions de l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.			X		72

PROCÉDURE

Par arrêté n° 2025-03 du président de la chambre, fixant le programme des travaux de la chambre pour l'année 2025, le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier spécialisé en santé mentale Maurice DESPINOY, portant sur les exercices à compter de 2020, a été inscrit au programme de la chambre régionale des comptes de Martinique.

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, en vue d'une insertion au rapport public annuel de la Cour des Comptes pour 2026.

L'ordonnateur en fonction depuis le 1^{er} septembre 2023, M. Stéphane BERNIAC a été avisé de l'ouverture du contrôle des comptes et de la gestion par courrier du 2 janvier 2025.

Une lettre d'ouverture a été également adressée au précédent ordonnateur, Mme Juliette NAPOL, le 24 janvier 2025, ordonnatrice jusqu'au 30 juin 2023.

L'entretien de fin d'instruction prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières s'est déroulé le 10 juin 2025 avec l'ordonnateur en fonction, le 11 juin avec le précédent. La directrice intérimaire du 1^{er} juillet au 31 août 2023 a assisté aux entretiens d'ouverture et de fin de contrôle avec M. BERNIAC.

La chambre, dans sa séance du 11 juillet 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 11 août 2025 pour M. BERNIAC, le 20 août pour Mme NAPOL. M. BERNIAC a fait part de ses observations le 17 septembre 2025. Mme NAPOL n'a pas répondu.

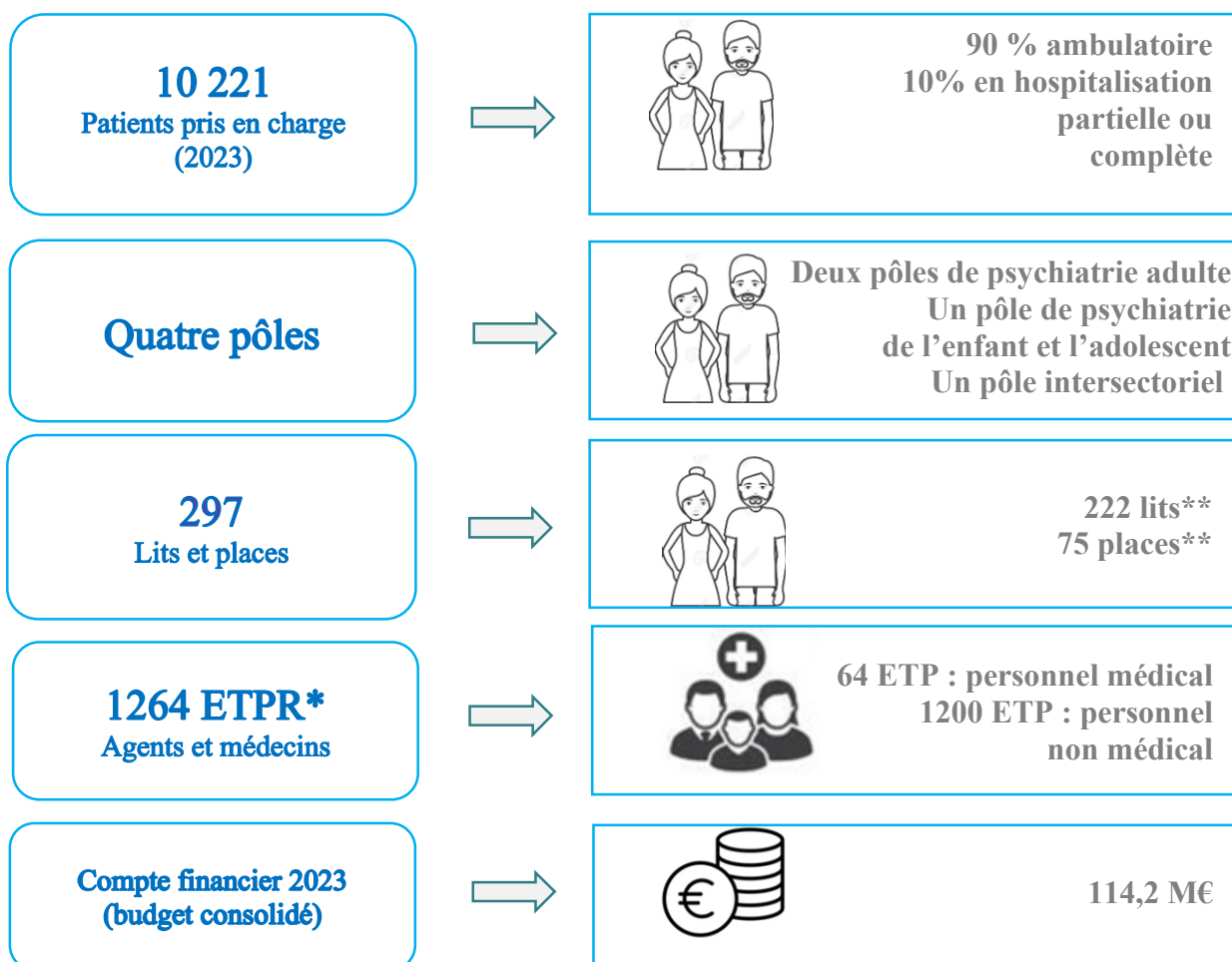
Le rapport a également été adressé à l'Agence régionale de santé (ARS) qui en a accusé réception le 18 août 2025. Une communication administrative a été envoyée au comptable public le 17 juillet 2025, réceptionnée le 15 septembre 2025 qui a fait part de ses observations le 30 septembre 2025. Des extraits ont été adressés à la collectivité territoriale de Martinique (CTM), qui en a accusé réception le 11 août 2025.

La chambre régionale des comptes a délibéré sur ses observations définitives lors de sa séance du 16 octobre 2025.

.

1 L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EN MARTINIQUE

LES DONNÉES CLÉS DE L'ÉTABLISSEMENT



* ETPR : équivalent temps plein rémunéré

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

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

Source : chambre régionale des comptes (CRC) Antilles-Guyane d'après les données de l'établissement (statistiques servant de base au rapport social unique au 31 décembre 2023).

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

Le centre hospitalier Maurice DESPINOY (CHMD) assure la prévention, l'hospitalisation et le suivi des soins psychiatriques pour la population de Martinique, qui compte 347 686 habitants au 1^{er} janvier 2023¹.

La Martinique présente des singularités démographiques qui soulèvent des défis majeurs à prendre en compte dans l'orientation des soins psychiatriques. En 2024, 35 % de la population est âgée de plus de 60 ans. D'ici 2029, l'Insee estime que ce pourcentage devrait atteindre 41 %².

En 2022, elle était le seul des départements et régions d'outre-mer qui enregistrait un solde naturel négatif³. Elle se classe au deuxième rang des régions françaises derrière la Corse avec la plus faible part de jeunes de moins de 25 ans au 1^{er} janvier 2023. Cette baisse s'explique principalement par le départ massif des jeunes vers l'Hexagone, principalement pour poursuivre leurs études ou accéder à l'emploi.

Le cumul d'un solde naturel négatif et d'un solde migratoire déficitaire⁴ conduit la Martinique à perdre 1 % de sa population par an⁵.

La Martinique présente des indicateurs socio-économiques défavorables.

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

Zonage	Revenu médian annuel
France	23 000
Martinique	19 770
Guadeloupe ⁶	15 770

Source : Insee

La Martinique a connu un taux de chômage de 10,8 % en 2023, soit 3,5 points de plus que la moyenne nationale⁷. Les indicateurs de précarité en Martinique sont également plus élevés que dans l'Hexagone : 30 900 personnes bénéficient du revenu de solidarité active, soit un taux de 19,84 %⁸, plus du triple que le niveau hexagonal⁹.

27 % des Martiniquais vivent sous le seuil de pauvreté, dont 32 % des jeunes de moins de 30 ans, soit près de deux fois le taux métropolitain (14,4 %). Par ailleurs, 37 % des familles

¹ Insee flash Martinique n°189 parue le 25/09/2023

² Diagnostic du Projet d'établissement 2025-2029

³ Ce qui survient quand les décès sont plus nombreux que les naissances.

⁴ Départs du territoire plus nombreux que les arrivées.

⁵ Insee flash Martinique n°189 parue le 25/09/2023

⁶ Données issues de l'enquête « budget de famille » 2017.

⁷ Chiffres clés Insee paru le 24/10/2024 l'essentiel sur la Martinique

⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7709424>

⁹ <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>

monoparentales et près de 30 % des retraités de plus de 75 ans figurent également sous ce seuil¹⁰.

Enfin, dès sa première année, un enfant sur deux, vit dans une famille monoparentale en Martinique, contre un sur cinq dans l'Hexagone¹¹. Le taux de familles monoparentales est notamment inclus dans la fixation de la dotation populationnelle pour le financement de la psychiatrie (cf. supra).

1.2 Une offre de soins psychiatriques structurée par le centre hospitalier Maurice DESPINOY

1.2.1 Le rôle majeur du centre hospitalier Maurice DESPINOY sur le territoire¹²

L'offre de soins psychiatriques en établissements de santé est assurée par quatre acteurs : le CHMD, le centre hospitalier universitaire de Martinique (CHUM), la clinique privée de l'Anse Colas et le centre hospitalier Saint-Esprit.

Le CHMD dispose de 222 lits et 75 places (45 places adultes et 30 places infanto-juvéniles)¹³ répartis sur deux sites d'hospitalisation complète (Mangot-Vulcin et Balata). Il est le seul à disposer de l'autorisation de soins sans consentement¹⁴.

Le service de psychiatrie universitaire du CHUM complète l'offre du CHMD avec une unité d'hospitalisation anxiété-dépression (UAD) de dix lits à Fort-de-France pour une prise en charge complémentaire des patients.

Le CH Saint-Esprit est quant à lui spécialisé dans la prise en charge de la conduite addictive (20 places). Enfin, la clinique de l'Anse Colas, située à Schœlcher, travaille sur la prise en charge de la dépression. Elle dispose de 48 lits¹⁵ d'hospitalisation et de 15¹⁶ places.

Le nombre de lits installés en psychiatrie pour 100 000 habitants sur le territoire martiniquais (81) est équivalent à la moyenne nationale. En revanche, le nombre de places en psychiatrie pour 100 000 habitants est inférieur en Martinique (25) à la moyenne nationale (45).

¹⁰ Insee panorama de la pauvreté en Martinique dossier n° 10 octobre 2023

¹¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327095>

¹² Projet d'établissement unique (partie Introduction)

¹³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/32367_vs_additif_vd_2021-01-06_14-35-4_126.pdf

¹⁴ Il existe deux modes de prise en charge en psychiatrie : les soins libres et les soins sans consentement : L'hospitalisation libre et consentie est recherchée et privilégiée. Toutefois, conformément à l'article L. 3212.1 du code de la santé publique, les personnes atteintes de troubles mentaux ne pouvant manifester leur consentement et qui ont besoin de soins immédiats, peuvent être hospitalisés sans leur consentement à la demande d'un tiers ou du représentant de l'État.

¹⁵ Le lit désigne une capacité d'accueil pour une durée de 24 heures au moins pour un patient présent à minuit dans l'établissement.

¹⁶ Une place désigne une capacité d'accueil en hospitalisation partielle de jour ou de nuit pour une durée inférieure à 24 heures.

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

Lits et Places	Guadeloupe	Martinique	Hexagone
Lits Psychiatrie	63	81	81
Places Psychiatrie	47	25	45

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

L'organisation des soins en secteur

L'activité psychiatrique s'exerce par secteur¹⁷. Les secteurs psychiatriques relèvent d'une disposition législative, notamment l'article L. 3221-4 du code de la santé publique (CSP), précisés par une disposition réglementaire, l'article R. 3221-1 du même code. Le secteur 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 L'unification à venir de la prise en charge psychiatrique publique martiniquaise

La première étape de la convergence des services psychiatriques martiniquais a eu lieu en 2018 avec la création du groupement hospitalier de territoire en Martinique (GHTM), réunissant le CHMD, le CHUM et le réseau d'addiction, travaillant de concert à un projet médical partagé pour la filière psychiatrique et addictologique.

Le projet d'établissement 2019-2023 du CHMD mentionne également la création d'un futur établissement unique : un établissement public et universitaire de santé mentale (EPUSM) Maurice DESPINOY.

L'année 2022 a été déterminante, avec une mission d'accompagnement visant à formuler les premières recommandations à l'attention des professionnels des établissements concernés. Puis, en 2023, une mission d'accompagnement a permis d'élaborer le projet d'établissement

¹⁷ 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 infantile regroupant en moyenne 200 000 habitants par inter-secteur, soit 40 à 50 000 enfants de 0 à 16 ans.

unique. Cependant, au premier semestre 2025, l'EPUSM unique n'avait pas encore d'existence juridique.

1.2.3 Des soins variés avec une gradation des modalités de prise en charge psychiatrique

1.2.3.1 L'hospitalisation complète¹⁸

Le CHMD exerce ses missions à partir de deux sites d'hospitalisation complète, celui de Balata à Fort de France et celui de Mangot-Vulcin au Lamentin. Ils sont répartis de la façon suivante :

Tableau n° 3 : répartition des lits par secteur

Catégorie de lits	Pôle NAS	Pôle Centre	Pôle intersectoriel	Pôle Pédopsy	Total lits disponibles
Mangot Vulcin UHCD ¹⁹			12		12
Mangot Vulcin USIP ²⁰			15		15
Mangot Vulcin Moyen séjour ²¹	58	40		9	107
Long séjour ²² Balata	28	40	20		88
Total lits disponibles	86	80	47	9	222

Source : rapport d'analyse d'activité 2024 du CHMD

La Martinique dispose d'une capacité d'hospitalisation psychiatrique par habitant équivalente à celle de l'Hexagone. Si la Martinique connaît moins de séjours psychiatriques par habitant, ces séjours hospitaliers sont néanmoins nettement plus longs que la moyenne.

¹⁸ L'hospitalisation complète désigne une modalité de prise en charge médicale dans laquelle un patient est admis dans un établissement de santé de jour comme de nuit, pour une durée d'au moins 24 heures consécutives, avec hébergement sur place.

¹⁹ Unité d'hospitalisation de courte durée. C'est un service hospitalier conçu pour accueillir des patients en provenance des urgences, nécessitant une surveillance ou des soins immédiats pour une durée limitée.

²⁰ L'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) propose un cadre spécifique pour des patients présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge dans des conditions satisfaisantes dans les services de psychiatrie générale.

²¹ Le moyen séjour est supérieur à deux semaines et inférieur à trois mois.

²² Un séjour de patient est considéré de longue durée s'il a dépassé 90 journées sur une année glissante. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4512/emois_2023_comment_mesurer_les_hospitalisations_de_longue_duree_en_psychiatrie.pdf

Tableau n° 4 : 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 psychiatrique (jours)</i>	40,5	45,1	30,8

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

1.2.3.2 L'hospitalisation partielle²³

Les hôpitaux de jour (HDJ) adultes sont situés sur les communes de La Trinité, Fort de France et du Lamentin. Le pôle centre nord Caraïbe compte un HDJ²⁴ de 15 places. Le pôle nord Atlantique et sud comprend deux HDJ totalisant 27 places. Enfin, le pôle de pédopsychiatrie dispose de 30 places.

Tableau n° 5 : comparatif des places en psychiatrie entre la Guadeloupe, la Martinique et l'Hexagone

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

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

La Martinique dispose d'une capacité d'hospitalisation partielle nettement inférieure à la moyenne hexagonale. Ainsi, son nombre de places en HDJ est presque deux fois inférieur à la moyenne nationale avec 25 places pour 100 000 habitants contre 45.

²³ Modalité de prise en charge du patient pour une durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures.

²⁴ 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.

1.2.3.3 Les soins ambulatoires et la déclinaison par pôles

L'offre de soins est déclinée au sein de quatre pôles au CHMD : le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA), le pôle centre-nord Caraïbe (PC), le pôle nord Atlantique et sud (PNAS), ainsi que le pôle intersectoriel (PI).

Le pôle PC compte un appartement thérapeutique, 3 centres médico-psychologiques (CMP)/centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 15 places en accueil familial thérapeutique, ainsi qu'une équipe mobile de soins intensifs dans le milieu et réhabilitation.

Le Pôle PNAS compte 5 CMP et 4 CATTP, 30 places en accueil familial thérapeutique, et 3 équipes mobiles : l'équipe mobile premiers épisodes psychotiques (EM PEPS), l'équipe mobile réhabilitation et réinsertion (EM2R) et l'équipe mobile transition.

Le PPEA²⁵ relève essentiellement d'une filière ambulatoire avec huit CMP et CATTP à temps partiel, auxquels s'ajoute une équipe de liaison de la Maison de la femme, de la mère et de l'enfant (MFME). Ce pôle dispose également d'une filière adolescente avec une unité d'hospitalisation programmée et séquentielle pour adolescents (UHPSA) de 9 lits, un centre de soins pour adolescents (CSA), une équipe mobile adolescent (EMA) et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) destinés aux adolescents et permettant des consultations avec des psychologues au sein de plusieurs établissements scolaires du territoire.

Le pôle PI dispose de 3 unités d'hospitalisation pour un total de 52 lits, incluant l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), l'unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) et l'unité de psychiatrie de la personne âgée.

S'ajoutent des unités fonctionnelles de médecine somatique, de sociothérapie et de médiation, ainsi que des unités médico-techniques et trois équipes mobiles spécialisées : une équipe mobile de la psychiatrie de la personne âgée (EM PPA), une équipe mobile psychiatrie précarité 972 (EM PP972) et l'équipe mobile psychiatrique d'intervention et de crise (EM EPIC)²⁶.

1.2.3.4 Le secteur médico-social

Le secteur médico-social comprend deux foyers d'accueil médicalisé (FAM)²⁷, deux maisons d'accueil spécialisées (MAS)²⁸, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un centre de ressources pour l'autisme (CRA) et un CSAPA²⁹.

Dotées de 75 places, les MAS gérées par le CHMD accueillent des personnes en situation de handicap psychique, offrant un accompagnement adapté à leurs besoins. Ces deux structures sont situées à Saint-Pierre (50 places) et à Sainte-Anne (25 places). La MAS de Saint-

²⁵ Carte du pôle en annexe 2

²⁶ L'activité des soins ambulatoires est traitée de manière détaillée dans la partie 1.5

²⁷ 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.

²⁸ Les maisons d'accueil spécialisée (MAS) propose un hébergement permanent, des soins médicaux et des activités de vie sociale. Les MAS accueillent des personnes plus dépendantes qu'en FAM.

²⁹ Carte des Pôles annexe 3

Pierre a accueilli 47 résidents en 2024 et celle de Sainte-Anne 25 résidents en 2024 avec un taux d'occupation maximal. Par ailleurs, la Martinique dispose d'une MAS supplémentaire non gérée par le CHMD, portant la capacité totale à 126 places installées, dont 116 utilisées de façon permanente³⁰.

Le CHMD est également doté de deux FAM qui proposent un hébergement et des soins pour des personnes ayant des besoins médicaux spécifiques sur les sites de Surcouf à Saint-Pierre (44 places) et de Bel Air au Morne-Vert (60 places). Le foyer Bel Air a accueilli 44 résidents en 2024 avec un taux d'occupation maximal. Le foyer Surcouf a hébergé 52 résidents en 2024.

Au total, la Martinique compte trois FAM pour une capacité totale de 126 places installées, dont 116 utilisées de façon permanente.

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. Ainsi, l'offre en FAM pour 100 000 habitants est inférieure en Martinique de 28 % (35 places) à celle de la France hexagonale (48 places), indiquant une moindre accessibilité à ce type d'hébergement médicalisé.

Enfin, le CHMD dispose d'un Ehpad³¹, dont la capacité est autorisée pour 60 lits d'hébergement permanent, mais qui n'accueille que 33 résidents. Il est situé à Balata dans les locaux historiques de l'hôpital psychiatrique.

1.2.4 Des disparités territoriales qui accentuent les difficultés d'accès aux soins

La Martinique comporte des disparités importantes tant en termes d'équipements de santé qu'en terme de profil de la population au profit des zones du centre et du sud du territoire. La zone Nord Caraïbes connaît une absence d'offre de médecine, chirurgie et obstétrique entraînant un renvoi systématique vers le centre de l'île ou la zone Nord Atlantique³².

Le nord de l'île, plus que les autres zones, doit faire face au problème de vieillissement de la population et au dépeuplement. Le nord-atlantique concentre le plus fort taux d'individus de plus de 60 ans³³. La répartition des seniors sur le territoire est hétérogène. Selon le projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Martinique, dans ce secteur, *« les restrictions de déplacement dues au réseau de transport en commun limitent ajoutent autant de complexité aux besoins de santé mentale de la population martiniquaise. »*

³⁰ 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

³¹ Rapport d'évaluation de l'Ehpad

³² Ce constat est objectivé par l'indice d'accessibilité potentielle, qui mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier secours à un échelon géographique fin. Il tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes et prend en compte à la fois l'offre de soins, la demande locale (structurée par l'âge de la population), et la géolocalisation des professionnels, tout en intégrant une décroissance de l'offre avec la distance. Il est compris entre 0,30 et 0,40 dans le Nord de l'île alors que la moyenne nationale s'élève à 3,90. Plus l'indice est élevé, meilleur est l'accès aux soins. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039903?sommaire=5040030>

³³ Diagnostic PTSM de la Martinique.

1.2.5 Une présence largement inférieure à la moyenne nationale pour les psychiatres libéraux et pénurie pour les pédopsychiatres libéraux

En 2021, en Martinique, 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 martiniquais au moment de l'instruction.

Tableau n° 6 : la densité de psychiatres libéraux 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 2021³⁴, Atlas de la Démographie médicale 2022 pour les chiffres de la Martinique en 2021.

Tableau n° 7 : 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 : idem³⁵

La faible densité de psychiatres et de pédo-psychiatres libéraux ainsi que la disparité géographique de leur répartition sur le territoire martiniquais freinent le recours aux soins primaires et reportent les prises en charge sur l'hôpital.

1.3 Les spécificités des besoins en soins psychiatriques sur le territoire

1.3.1 La prévalence des pathologies psychiatriques

7 590 patients martiniquais sont suivis pour des troubles psychiatriques³⁶ de longue durée³⁷. Leur répartition par genre est légèrement différente de la moyenne nationale. Elle s'établit pour les hommes à 2 489 pour 100 000 habitants contre 2 321 dans l'Hexagone. Elle

³⁴ https://orsag.fr/wp-content/uploads/2021/11/Demographie_Professionnels_Sante_2021_Vf.pdf

³⁵ [cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_2.pdf](https://orsag.fr/wp-content/uploads/2024/01/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_2.pdf)

³⁶ Les troubles psychiatriques sont définis de la façon suivante par la Haute Autorité de Santé : « Les troubles psychiatriques se caractérisent par une souffrance psychique durable, associée à des modifications du comportement, de la perception ou de la relation à autrui. Ils nécessitent une évaluation médicale et une prise en charge pluridisciplinaire. » https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118486/fr/parcours-de-soins-en-sante-mentale

³⁷ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/beneficiaires-du-dispositif-des-affections-de-longue-duree-ald/#/resources/8471edf3-7072-41a5-aa08-35a55d70f025>

s'élève pour les femmes à 2 274 pour 100 000 habitantes en Martinique contre 2 580 en moyenne nationale³⁸.

Par rapport à la moyenne hexagonale, ses taux sont légèrement supérieurs pour les hommes et légèrement inférieurs pour les femmes.

1.3.2 Les caractéristiques du recours aux soins psychiatriques

Le territoire martiniquais est caractérisé par un plus fort recours aux soins psychiatriques hospitaliers. Les taux de recours psychiatriques mesurent la consommation de soins hospitaliers en psychiatrie des habitants d'une zone géographique donnée (quel que soit le lieu de réalisation des soins), rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

Plus spécifiquement, le taux de recours à l'hospitalisation temps plein pour 1 000 habitants pour des troubles schizophréniques était 2 fois plus élevé en Martinique (161) par rapport au niveau national (75)³⁹.

Cette dimension prépondérante des troubles schizophréniques se retrouvent au sein des diagnostics principaux du CHMD, où ces diagnostics sont quasiment deux fois supérieurs à l'Hexagone.

Tableau n° 8 : répartition des journées de présence hospitalière par type de diagnostic et par zone géographique

Diagnostic principal	France entière 2020 (%)	Martinique 2020 (%)	Guadeloupe 2020 (%)
Troubles mentaux organiques	2	1	3
Addiction	3	7	4
Schizophrénie, troubles apparentés	34	60	57
Troubles de l'humeur	26	19	11
Troubles névrotiques	11	8	3
Syndromes comportementaux	1	0	0
Troubles de la personnalité	5	5	5
Retard mental	4	5	4
Troubles du développement	2	1	1
Troubles du comportement et des conduites	3	2	1
Symptômes et signes non classés ailleurs	1	1	1
Autres diagnostics	3	2	3
Diagnostics manquants	3	1	0

Source : rapport d'activité DIM 2023 Martinique

³⁸ <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/beneficiaires-du-dispositif-des-affections-de-longue-duree-ald/#/resources/8471edf3-7072-41a5-aa08-35a55d70f025>

³⁹ Rapport d'analyse d'activité du CHMD 2023 à partir des données ATIH.

En 2020, la schizophrénie et les troubles schizotypiques et troubles délirants représentaient 30 % des diagnostics au niveau national contre 57 et 60 % en Martinique et en Guadeloupe.

1.4 Une rapide adaptation de l'offre aux besoins du territoire

1.4.1 Des dispositifs innovants de soins psychiatriques⁴⁰

1.4.1.1 La mise en place expérimentale d'un dispositif de réponse aux situations de crise psychiatrique

L'article L. 3221-5-1 du CSP prévoit que l'Agence régionale de santé (ARS) organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les acteurs concernés dans chaque territoire de santé. Ce dispositif a pour objet d'assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, d'assurer le transport vers l'établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 du CSP notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète sans consentement.

Une convention d'expérimentation est rentrée en vigueur le 1^{er} février 2024 entre l'ARS, la préfecture, le CHMD, le CHU, le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), la gendarmerie et la police nationale de la Martinique. Elle apporte des réponses formalisées aux difficultés rencontrées dans l'organisation de l'admission en soins psychiatriques sans consentement (évaluation médicale, décision administrative, transport) et dans la réintégration en hospitalisation complète d'un patient connu (en fugue ou en rupture de soins prescrits dans le cadre d'un programme de soins).

La mise en place d'un tel dispositif sept jours sur sept, couvrant tout le territoire, avec véhicule dédié, a été financé à hauteur d'1 M€ par l'ARS. Selon l'établissement, il s'agit d'un des premiers établissements publics en France à bénéficier d'un tel dispositif⁴¹.

Cette convention a une durée d'un an dont le renouvellement n'a pas été transmis à la chambre durant l'instruction. Une nouvelle convention sur trois ans est envisagée dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS pour disposer d'un financement pérenne.

Selon le bilan réalisé en 2025, 1 637 appels ont été enregistrés de février à novembre 2024 dont 32 % ont nécessité le déclenchement du dispositif d'intervention. 83 % des patients avaient des antécédents psychiatriques, 53 % ont bénéficié d'une prise en charge d'un transport avec 3 h 30 de délai d'attente. La majorité des patients a été orientée vers les urgences psychiatriques dont 55 % en hospitalisation sous contrainte. Ce dispositif a permis de désengorger les services d'urgence générale.

⁴⁰ Les données indiquées dans ce paragraphe sont issues du rapport d'analyse d'activité 2024

⁴¹ <https://www.ch-DESPINOY.fr/wp-content/uploads/sites/148/2024/02/Fiche-synthetique-SAS-Psychiatrique.pdf>

1.4.1.2 La forte dynamique des équipes mobiles

Le CHMD a renforcé son offre territoriale de soins psychiatriques mobiles en créant sept équipes mobiles durant la période de contrôle, portant à onze l'ensemble de ces structures sur le territoire. Ainsi, de 2020 à 2024, l'établissement a quasiment triplé le nombre d'équipes mobiles. À titre de comparaison, sur un territoire semblable et avec une population plus nombreuse, la Guadeloupe ne dispose que de quatre équipes mobiles.

Cette évolution, conforme à la feuille de route nationale en santé mentale, a permis à l'établissement d'améliorer sa réactivité, sa coordination et son approche territoriale, orientée vers le maintien à domicile et la prévention des hospitalisations.

Plus spécifiquement, le CHMD a développé ses équipes mobiles afin de répondre aux besoins de prise en charge de la personne âgée, de l'urgence visant à éviter l'errance thérapeutique et les hospitalisations non nécessaires, des personnes en grande situation de précarité présentant des risques d'exclusion et de souffrance psychique, des premiers épisodes psychotiques, spécifique aux adolescents présentant une psychose débutante⁴².

1.4.2 Des projets structurants portés par l'établissement

1.4.2.1 Une unité inter-régionale pour malades difficiles

Lorsque le CHMD est confronté à des patients violents envers eux-mêmes ou envers les personnels, un transfert peut être demandé vers une unité pour malades difficiles (UMD). Il existe dix UMD en France⁴³ mais aucune en Antilles-Guyane. Elles accueillent des patients ayant des troubles psychiatriques présentant des risques rendant impossible 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 de patients du CHMD de Martinique, 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.

Ce projet d'unité pour malades difficiles est actuellement porté par le CHMD⁴⁴. Cette unité à vocation inter-régionale accueillerait 35 patients provenant non seulement de la Martinique mais également de la Guyane et de la Guadeloupe. Cette proposition a le soutien des directions générales des ARS de Guadeloupe et de Martinique.

1.4.2.2 Une unité hospitalière spécialement adaptée

Inscrite dans le projet d'établissement 2019-2023, la création d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) n'a pas été mise en œuvre. L'absence d'une telle unité a pour

⁴² Cf. annexe 6

⁴³ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30633.pdf>

⁴⁴ Cette UMD est inscrite au projet d'établissement 2019-2023.

conséquence l'hospitalisation systématique des détenus au CHMD. Au sein de l'établissement, 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.

Les conclusions de la mission d'évaluation de la première tranche des UHSA, diligentée par les ministères de la justice et de la santé en 2018 avaient invité, dans leur recommandation n° 5⁴⁵, à engager une réflexion interministérielle spécifique au sujet de la prise en charge des patients détenus affectés par des troubles mentaux en outre-mer autour d'une consultation large de tous les acteurs, sanitaires, judiciaires et pénitentiaires.

Actuellement, l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) du CHMD accueille des patients en état de décompensation nécessitant des soins, sans consentement, personnalisés renforcés et des mesures de sécurité particulières en raison de troubles mentaux sévères.

L'occupation des places de l'USIP par cette population à la durée moyenne de séjour longue la prive d'une part de son capacitaire alors que l'établissement est aux prises avec des tensions récurrentes sur l'occupation de ses lits et les situations de violence qui explosent dans les unités sectorisées comme aux urgences psychiatriques. Ainsi, 24 soignants de l'USIP ont exercé leur droit de retrait en avril 2024 à la suite de plusieurs événements violents⁴⁶.

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

Selon l'article L. 6113-7 du 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 département de l'information médicale (DIM). Les agents du DIM ont la charge du recueil d'information médicale psychiatrie (RIMP) et du traitement de la tarification à l'activité (T2A) 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 (cf. partie 5.1 sur la réforme du financement de la santé mentale).

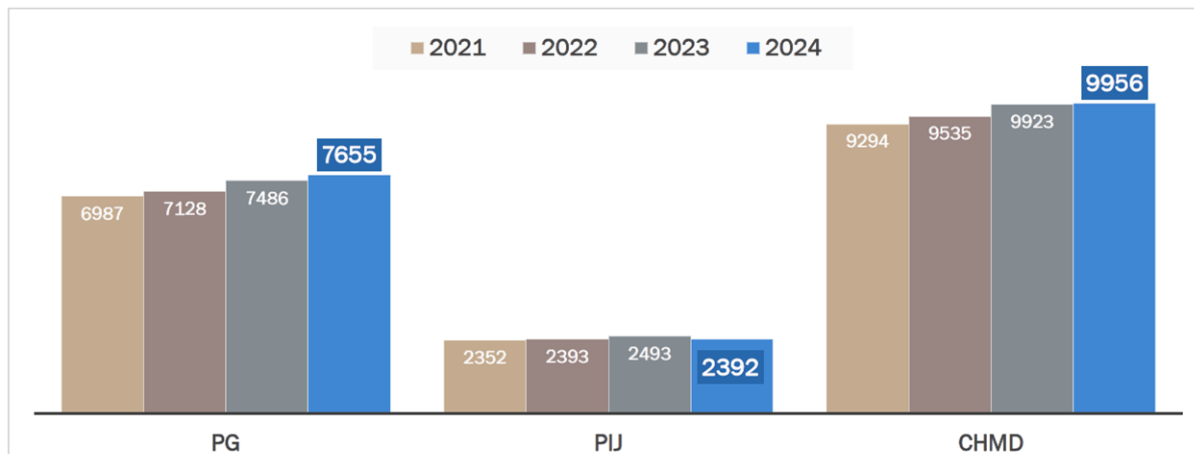
⁴⁵ Rapport d'évaluation des UHSA pour les personnes détenues, Inspection Générale de la Justice, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2018 (Paragraphe 1.2.3)

⁴⁶ <https://rci.fm/martinique/infos/Social/Les-soignants-de-l-USIP-de-Mangot-Vulcin-exercent-leur-droit-de-retrait>

1.5.1 L'activité générale a connu une hausse de 7 % en 4 ans

La file active⁴⁷ de la psychiatrie générale est en hausse tandis que la file active de la psychiatrie infanto-juvénile (prise en charge des mineurs jusqu'à 16 ans) est stable voir en baisse entre 2023 et 2024.

Graphique n° 1 : file active de la psychiatrie générale de 2021 à 2024⁴⁸



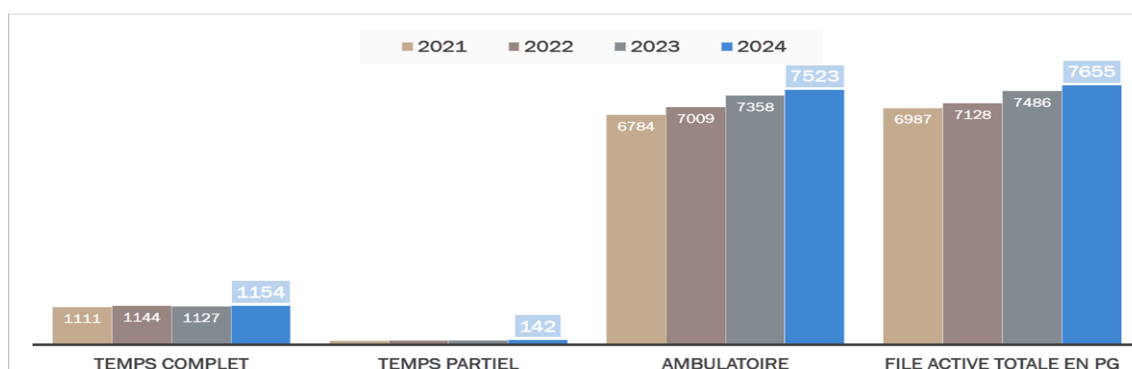
Source : rapport d'activité CHMD 2024 au comité social d'établissement

La hausse de la file active de la psychiatrie générale s'explique également par l'ouverture des urgences psychiatriques de Martinique en mars 2020 au sein du centre CHMD. Cette dernière a entraîné une augmentation constante du nombre de patients à l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) ou hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), soulignant ainsi l'intérêt de la création d'une telle prise en charge internalisée des urgences psychiatriques.

⁴⁷ La file active correspond au nombre de patients vus au moins une fois dans l'année, soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

⁴⁸ PG : psychiatrie générale (adultes), PIJ : psychiatrie infanto-juvénile, CHMD : file active totale psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile. L'ensemble de la file active de l'établissement est supérieur à la somme de la file activité de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile selon le rapport d'activité de l'établissement en raison d'actes transversaux.

Graphique n° 2 : file active de 2021 à 2024 par modalités de prise en charge en psychiatrie générale (adultes)



Source : rapport d'activité CHMD 2024 au comité social d'établissement

La forte dynamique de la prise en charge ambulatoire au CHMD (+ 10,9 % de patients de 2021 à 2024) est conforme aux ambitions de la feuille de route nationale en santé mentale qui prône « l'aller-vers ». Elle facilite les soins de proximité et permet aux équipes de soins primaires d'être des coordinateurs des parcours de santé.

1.5.2 L'activité d'hospitalisation complète

1.5.2.1 La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein a diminué sur la période. Cette transformation de l'offre va de pair avec une montée en charge de l'ambulatoire et de l'hospitalisation partielle. Cette baisse répond aux lignes directrices de la feuille de route en santé mentale ainsi qu'aux objectifs du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO)⁴⁹.

Tableau n° 9 : nombre de journées d'hospitalisation complète

Nombre de journées	2021	2022	2023	2024	Evolution
Hospitalisation à temps plein	78 704	77 948	74 593	74 400	-5,46%

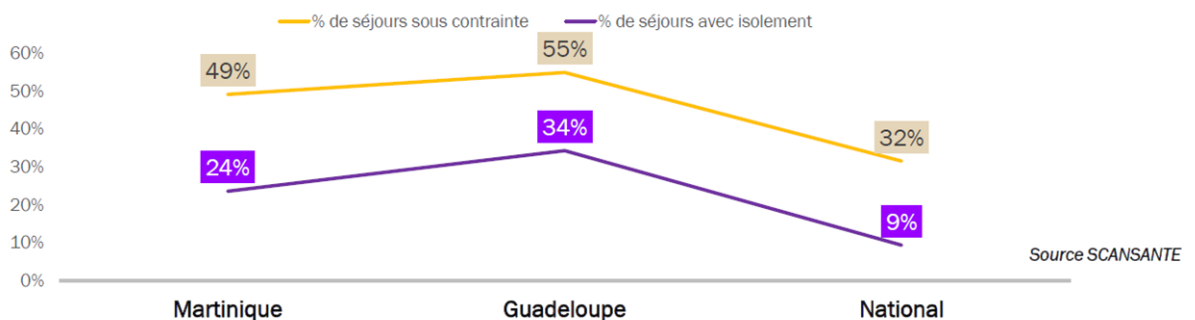
Source : rapport d'analyse d'activités 2024 au comité social d'établissement

⁴⁹ Il s'agit d'une instance interministérielle permanente chargée de la décision et du conseil en matière d'investissement hospitalier et d'efficience des établissements de santé.

1.5.2.2 Des entrées en hospitalisation marquées par la part importante des soins sans consentement

L'activité du CHMD se caractérise par la part importante des soins sans consentement et d'isolement. En 2024, la comparaison des pratiques avec les modalités de soins en Martinique renforce ce constat. Ainsi, la part de séjours sous contrainte en Martinique (49 %) est supérieure de 17 % par rapport à la moyenne nationale. Le taux de séjours avec isolement s'élève à 24 % en Martinique contre 9 % au niveau national, soit un taux deux fois et demi supérieur au taux national.

Graphique n° 3 : part des séjours 2024 sous contrainte et avec isolement



Source : rapport d'analyse d'activité CHMD 2024 au comité social d'établissement

À la suite du rapport d'observations provisoires, l'ordonnateur en fonctions déclare que, pour le premier semestre 2025, les séjours sans consentement sont de 47 % (contre 49 % en 2024), et les séjours avec isolement sont de 21 % (contre 24 % en 2024). Les chiffres 2025 confirment les constats de la chambre.

Les soins sans consentement

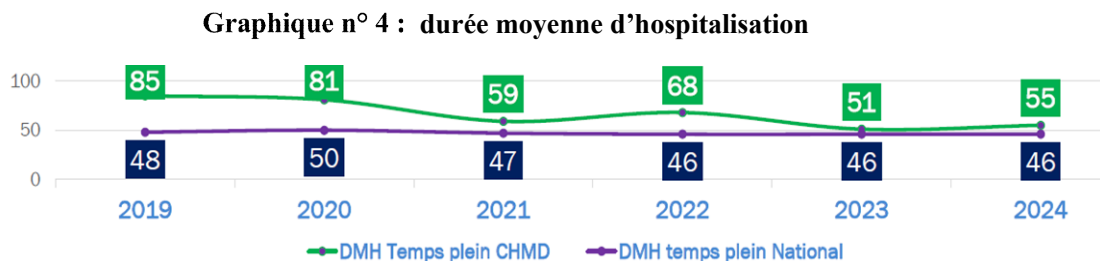
Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les prises en charge psychiatriques peuvent, sous réserve que soient remplies certaines conditions strictement définies par la loi⁵⁰, être dispensées à des patients qui ne sont pas à même de consentir aux soins. Peuvent ainsi être distingués les 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 des libertés et de la détention doit se prononcer dans un délai de douze jours sur le maintien de la mesure, sa levée ou sur sa levée avec instauration d'un programme de soins.

⁵⁰ 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.

1.5.2.3 La baisse tendancielle de la durée moyenne d'hospitalisation et de séjour néanmoins supérieure à la moyenne nationale

L'expansion des équipes mobiles a joué un rôle stratégique pour l'établissement entraînant une réduction progressive des durées moyennes d'hospitalisation et renforçant ainsi l'approche ambulatoire et la prise en charge précoce des patients.

Malgré les efforts déployés pour réduire les durées moyennes d'hospitalisation⁵¹ au CHMD, celles-ci demeurent structurellement élevées par rapport aux moyennes nationales. En 2024, elles s'élèvent à 55 jours contre 46 jours en France hexagonale⁵².



Source : rapport d'analyse d'activités 2024 au comité social d'établissement

Selon l'établissement⁵³, « cette durée s'explique par le nombre de patients schizophrènes et de comorbidités dont les addictions ainsi que des difficultés d'aval et l'offre limitée dans le médico-social qui s'aggraveront avec le choc démographique du vieillissement prévu pour 2030. ».

L'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS)⁵⁴ en psychiatrie traduit certaines absences de partenariats avec des structures d'aval⁵⁵, notamment médico-sociales et sociales, conduisant à des hospitalisations plus longues. Pourtant, 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 ».

⁵¹ La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est un indicateur qui mesure, pour une période donnée, le nombre moyen de jours passés à l'hôpital par un patient lors d'un séjour. Il permet d'évaluer l'intensité ou la lourdeur des prises en charge.

⁵² Bilan d'activité 2024 du DIM du CHMD.

⁵³ Bilan d'activité 2024 du DIM du CHMD.

⁵⁴ La durée moyenne de séjour (DMS) est un indicateur hospitalier qui mesure le nombre moyen de jours passés par un patient lors d'un séjour d'hospitalisation.

⁵⁵ L'aval hospitalier correspond à la filière de sortie de l'hôpital.

1.5.3 L'activité d'hospitalisation partielle⁵⁶

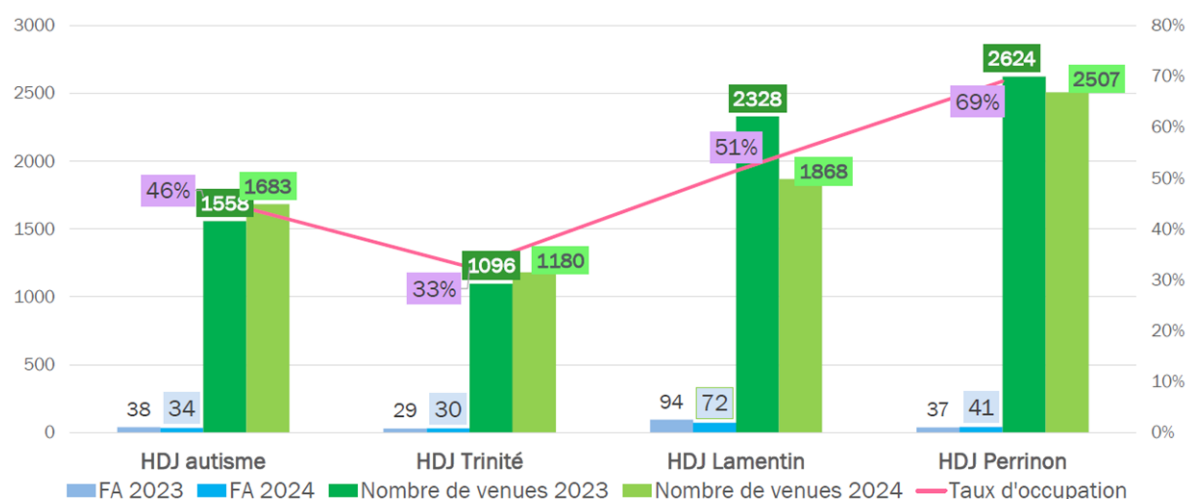
Tableau n° 10 : nombre de journées d'hospitalisation partielle

Nombre de journées	2021	2022	2023	2024	Evolution
Temps partiel	6814	8411	7131	7066	+3,69%

Source : rapport d'analyse d'activités 2024 au comité social d'établissement

Les taux d'occupation des hôpitaux de jour varient de 33 % (HDJ Trinité) à 69 % (HDJ Perrinon à Fort de France). Les files actives sont comprises entre 30 et 72 patients pris en charge. Selon l'établissement, le faible taux de remplissage de l'HDJ de Trinité s'explique par l'absence de temps médical dédié depuis 2022.

Graphique n° 5 : taux d'occupation des hôpitaux de jour



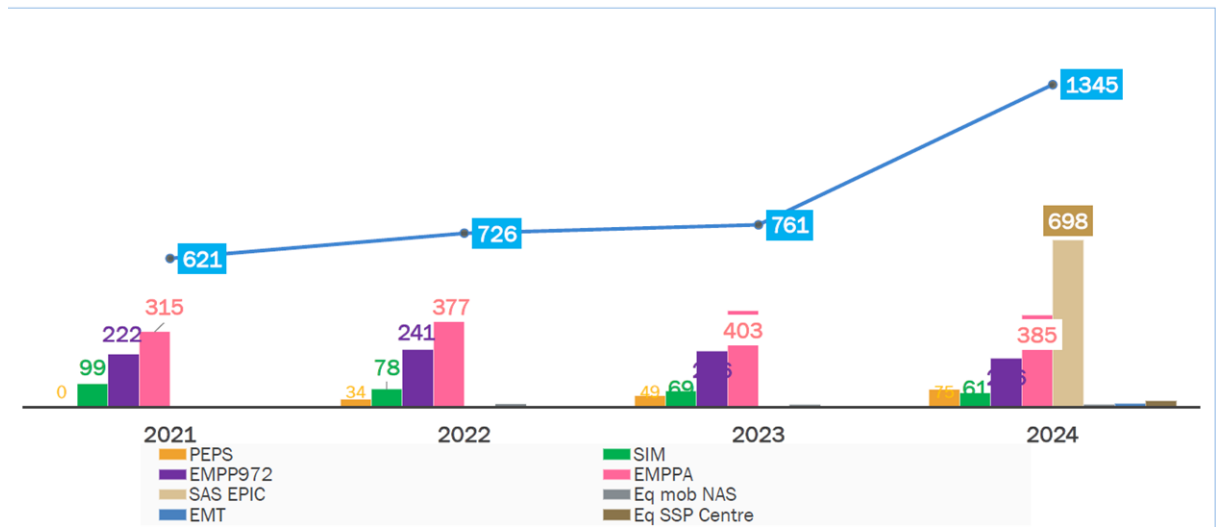
Source : rapport d'analyse d'activités 2024 au comité social d'établissement

1.5.4 L'activité ambulatoire

1.5.4.1 Une activité ambulatoire dynamique avec une importante prise en charge des équipes mobiles

Si l'activité générale de l'établissement a augmenté de 10 % durant la période de contrôle, c'est en grande partie grâce à l'activité ambulatoire qui a plus que doublé (de 621 actes à 1 345 actes) durant ce laps de temps. Ce fort dynamisme est pour une bonne part due à la montée en puissance des équipes mobiles.

⁵⁶ Cette activité recouvre l'hospitalisation du jour, de nuit et les ateliers.

Graphique n° 6 : prise en charge par les équipes mobiles⁵⁷ adultes de 2020 à 2023

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

Les délais de rendez-vous dans les CMP, hormis les urgences, varient nettement en fonction de la nature de l'entretien. Ainsi, les entretiens infirmiers sont souvent accessibles rapidement (sous deux semaines) mais quelques cas peuvent aller jusqu'à deux ou trois mois (CMP Rivière-Salée, CMP Hibiscus, CMP Mongérald).

Les délais pour les entretiens médicaux sont variables d'un à trois mois, parfois jusqu'à six à sept mois dans les situations les plus complexes (CMP Rivière-Salée, CMP Mongérald).

Enfin, ce sont les consultations avec les psychologues qui donnent lieu aux attentes les plus longues. Des pics sont ainsi notés : 6 à 8 mois (CMP Sainte-Marie), 10 mois (CMP Mongérald), 18 mois (CMP Cotonnerie François)⁵⁸.

Les délais peuvent s'expliquer par la saturation des créneaux de prise en charge psychologiques normales et en urgence, la mauvaise gestion des files d'attente, la complexité des profils cliniques de la patientèle. L'établissement doit faire face à des difficultés en matière de recrutement de psychologues. De surcroît, le CHMD a indiqué que le CMP de Mongérald avait dû faire face à une « explosion des demandes spontanées de prise en charge psychologiques avec une difficulté à tenir le rythme d'intégration des nouveaux patients de la file active déjà extrêmement dense ». L'établissement précise également que « sur une journée type, les psychologues effectuent 7 à 8 entretiens sur une tranche de 45 minutes à 1 heure. ».

⁵⁷ Les différentes équipes mobiles recensées dans le tableau sont les suivantes : PEPS : premier épisode psychotique ; EMPP972 : équipe mobile de précarité ; SAS EPIC : équipe mobile d'intervention de crise ; EMT : équipe mobile de transition ; SIM : soins intensifs dans le milieu ; EMPPA : équipe mobiles du pôle de la personne âgée ; équipe mobile NAS : équipe mobile nord Atlantique sud ; équipe mobile SSP centre : équipe mobile soins de suite en psychiatrie centre nord Caraïbes.

⁵⁸ Tableau des délais moyens de RDV en CMP fait par le CHMD

Ces délais excessifs, certes localisés, avec les acteurs de premier recours et ont pour conséquence l'absence d'accès aux soins dans des conditions raisonnables.

1.6 La prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins

1.6.1 Un établissement certifié par la HAS avec recommandation d'améliorations⁵⁹

Le CHMD a été certifié le 24 novembre 2020 au niveau B par la Haute autorité de santé (HAS) selon le référentiel 2014⁶⁰. Ce qui équivaut à une certification avec recommandation d'améliorations.⁶¹

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 y 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.

À l'issue de la visite, la HAS a conclu à l'atteinte des objectifs en matière de parcours patient et a identifié plusieurs pistes d'améliorations pour l'établissement concernant les droits des patients et le management de la prise en charge médicamenteuse du patient⁶².

Durant l'instruction, une nouvelle visite de la HAS était en cours au début du mois de juin 2025. La chambre n'a pas reçu les recommandations émanant de la HAS pour cette nouvelle procédure de certification.

1.6.2 Des écarts relevés par l'ARS lors de la mission d'inspection dans le cadre de la lutte contre les événements indésirables⁶³

En juin 2022, une mission d'inspection de l'ARS a constaté que les procédures de gestion des signalements de suivi des événements indésirables associés à des soins (EIAS) étaient perfectibles. L'organisation devait être rationalisée et les procédures mieux formalisées dans un souci d'efficacité. Il était également attendu une montée en compétences du coordonnateur de la gestion des risques par des formations validées. Enfin, quatre écarts à la

⁵⁹ Article L. 6113-3 (et suivants) CSP : « 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 patients. »

⁶⁰ Décision n° 2020.0315/CCES/SCES-32367 du 24/11/2020

⁶¹ https://www.has-sante.fr/jcms/3477_FicheEtablissement/fr/centre-hospitalier-maurice-DESPINOY

⁶² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/32367_vs_additif_vd_2021-01-06_14-35-4_126.pdf

⁶³ Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont l'ensemble des dysfonctionnements ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitement ou d'actions de prévention. Ils impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux. Les événements indésirables graves associés aux soins sont un sous ensemble des EIAS.

réglementation avaient été relevés⁶⁴. Le CHMD a été réactif et a corrigé l'ensemble de ces observations⁶⁵.

En dépit des améliorations structurelles notées précédemment, plusieurs événements indésirables graves (EIGAS) ont été relevés durant la période de contrôle. Il est important de préciser que les EIGAS sont les seuls à être 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 « *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.* ».

Tableau n° 11 : événements indésirables graves associés à des soins

	2020	2021	2022	2023	2024
Total des EIGAS	3	1	4	3	7
Dont suicide et décès	1	1	1	1	1
Dont arrêt cardiorespiratoire et décès	2			1	
Dont fausse route alimentaire et décès			1		2
Dont défaut de prise en charge et décès					1
Dont apparition de symptômes graves			1	1	
Dont décès inexplicé					2
Dont mise en jeu du pronostic vital sans décès			1		1

Source : CRC de Martinique sur la base de la liste des EIGAS de 2020 à nos jours du CHMD

Le CHMD dispose d'un système formalisé de gestion d'EIGAS. Le référentiel de la gestion des risques 2024-2029, faisant suite au référentiel 2019-2023, décrit l'organisation mise en place pour assurer la gestion des signalements des événements indésirables et des actions préventives et correctives. Par ailleurs, la liste des événements indésirables déclarés est transmise trimestriellement aux pôles cliniques aux fins d'analyse en équipe pluridisciplinaire. Des revues de morbidité et de mortalité⁶⁶ et les comités de retour d'expérience⁶⁷ sont organisés à partir des tableaux de bord de suivi des EIGAS. Trois revues et retours d'expérience ont été organisés de 2021 à 2024⁶⁸ pour les EIGAS les plus graves.

⁶⁴ Les écarts étaient les suivants : le manque de mutualisation des fonctions de gestion des risques associés aux soins et/ou une coopération des acteurs au sein du groupement hospitalier ; l'absence de politique d'accréditation des praticiens et équipes de l'établissement et de déclaration porteurs de risques ; le document d'évaluation des risques professionnels (DUERP) n'existe pas ; il n'y a pas d'actions spécifiques menées/prévues en direction des représentants des usagers et/ou de la commissions des usagers.

⁶⁵ Note d'avril 2025 « *Actions d'amélioration réalisées depuis la mission d'inspection* »

⁶⁶ La RMM est une analyse collective, systémique et rétrospective visant à identifier les causes des événements indésirables et à proposer des actions correctives.

⁶⁷ Le CREX évalue et analyse les événements indésirables ou à risque des activités de soins, afin de mettre en place des actions correctives pour prévenir leur récurrence.

⁶⁸ Données issues d'un tableau transmis par le CHMD à la demande de la chambre

1.6.3 Les contrôles des MAS, Ehpad et FAM ont donné lieu à des recommandations globalement effectuées par le CHMD

Les établissements médico-sociaux ont fait l'objet d'une évaluation obligatoire, par un organisme extérieur accrédité par la HAS, en mars 2024, valable cinq ans⁶⁹. Selon l'audit, les trois établissements pâtissent d'insuffisances importantes sur des critères impératifs relatifs aux plaintes et réclamations et aux événements indésirables. Le plan de gestion de crise de l'Ehpad n'est pas adapté selon la HAS. Enfin, les FAM ne remplissent pas tous les critères impératifs relatifs aux risques de maltraitance et de violence.

Au surplus, l'Ehpad et les FAM ne disposent pas de projet d'établissement ni de l'actualisation du plan de risque infectieux. Les MAS souffrent également d'une insuffisance de la gestion des risques professionnels.

Toutefois, selon l'auditeur, sur l'ensemble des établissements médico-sociaux, les directions ont connaissance des critères impératifs insuffisants et ont identifié les mesures nécessaires. Parmi les points forts communs aux établissements, il a été relevé le comportement bienveillant et respectueux de l'équipe et son implication.

Enfin, l'Ehpad a été contrôlé par l'ARS en octobre 2024⁷⁰. Au regard des éléments transmis, il a été relevé 7 écarts et 11 remarques donnant lieu à des prescriptions et recommandations se référant à la réglementation du code de l'action sociale et des familles relatifs à la fonction de direction manquant de précisions dans sa délégation et l'absence de conventions de partenariat entre les acteurs. Une thématique et des questions demeurent sans réponses.

Une mission d'accompagnement à un cabinet de consultant a été demandée par la direction du CHMD afin de proposer et de mettre en place un plan d'actions. Les actions correctives ont été globalement réalisées.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier Maurice DESPINOY (CHMD) assure la prise en charge psychiatrique sur un territoire marqué par une population vieillissante, un exode des jeunes, une précarité sociale élevée (27 % sous le seuil de pauvreté) et un déficit de professionnels libéraux.

L'offre de soins est structurée autour du CHMD (222 lits, 75 places), de structures partenaires (CHU, cliniques) et d'un maillage territorial en CMP, CATTP, HDJ et équipes mobiles. Toutefois, la densité de places en hospitalisation partielle (25/100 000 hab.) est inférieure à la moyenne nationale (45). Un projet d'unification de la prise en charge psychiatrique publique est en cours afin de former un établissement public universitaire de santé mentale. L'accessibilité aux soins reste inégalement répartie, avec un déficit prononcé dans le nord de la Martinique.

⁶⁹ Rapport de visite d'évaluation MAS de Saint-Pierre, MAS « les Palourdes » du 14 au 19/03/2024 ; Rapport de visite d'évaluation Ehpad du 04 au 05/03/2024 ; Rapport de visite d'évaluation FAM Bel Air du 11 au 12/03/2024 ; rapport de visite d'évaluation FAM Surcouf du 07 au 08/03/2024

⁷⁰ « Plan d'inspections et de contrôles des 7 500 EHPAD en 2 ans » du ministère des affaires sociales et de la santé

L'activité hospitalière est marquée par une forte part de soins sans consentement (49 % des séjours). La durée moyenne de séjour de 45 jours a baissé sur la période de contrôle mais reste supérieure à la moyenne nationale (30 jours).

Le CHMD déploie une stratégie dynamique avec onze équipes mobiles et des projets structurants (UMD, UHSA). L'ambulatoire est en forte croissance mais les délais d'accès peuvent parfois être très long dans certains CMP.

L'établissement a été certifié par la HAS en 2020 avec recommandations d'améliorations. Pour autant, les événements indésirables graves sont en hausse. Les structures médico-sociales ont présenté des insuffisances pendant l'audit HAS, qui ont été corrigées depuis.

2 LA GOUVERNANCE ET LES PÔLES

2.1 La gouvernance

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 d'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.

2.1.1 Les instances de gouvernance

2.1.1.1 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 membres⁷¹.

Le conseil de surveillance 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.

Sur 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), il est régulièrement sollicité.

Toutefois, le conseil ne se réunit pas suffisamment au regard des obligations réglementaires (quatre fois par an)⁷². Sur la période sous revue, la fréquence de réunion est systématiquement inférieure au seuil : 2 en 2020, 3 en 2021, 2 en 2022, 1 en 2023, 3 en 2024.

Par ailleurs, 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 usagers⁷³.

Des procès-verbaux de réunions sont systématiquement établis.

⁷¹ Article R. 6143-1 et L. 6143-5 du CSP

⁷² Article R. 6143-11 du CSP.

⁷³ Article L. 1112-3 du CSP.

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.

2.1.1.2 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 CSP, le nombre de membres du directoire est au maximum de neuf dont une majorité issue des professions médicales, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. La composition du directoire du CHMD est régulière.

La chambre observe que la fréquence des réunions au regard des obligations réglementaires (huit fois par an) n'est pas respectée en 2021 et 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.

2.1.1.3 La commission médicale d'établissement

La CME assure la représentation du personnel médical pour une durée de quatre ans. Elle est chargée d'élaborer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et de porter un avis sur les orientations stratégiques et financières proposées par le directoire.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés, pour chaque catégorie de personnel médical, par le règlement intérieur de l'établissement qui assure en son sein une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement⁷⁴.

À l'exception de 2020 et 2021, en raison de la crise sanitaire, la CME se réunit de manière régulière au regard des obligations réglementaires, soit quatre réunions annuelles⁷⁵.

Les sujets spécifiques au personnel médical et à la santé mentale y sont bien présentés et débattus. La commission exerce ses compétences consultatives et informatives. Elle présente les travaux du conseil de surveillance et le bilan annuel des tableaux de service.

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

⁷⁴ Article R. 6144-3-2 du CSP

⁷⁵ Article R. 6144-6 du CSP

L'article L. 6143-7-3 du CSP dispose que le président de la CME, au titre de ses pouvoirs propres⁷⁶, et le directeur d'établissement doivent conclure une charte de gouvernance. Cette charte traduit la responsabilité managériale qui incombe au directeur et au président de la CME, clef de voûte 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, chefs de services, les directions des soins, directions fonctionnelles et encadrement de l'établissement. Elle concrétise les actions du projet de gouvernance et de management du projet d'établissement.

La direction de l'établissement a confirmé que le CHMD ne dispose pas d'une charte de gouvernance.

Recommandation n° 3 : (régularité) : établir une charte de gouvernance conformément à l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique.

2.1.1.4 La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

À l'exception de l'année 2022, elle se réunit trois fois par an et est consultée sur les sujets relevant de sa compétence. Des procès-verbaux de réunions sont systématiquement établis.

⁷⁶ La charte de gouvernance prévoit notamment les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement, pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles, et enfin, les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions.

Tableau n° 12 : réunions des instances

	2020	2021	2022	2023	2024	Nombre minimum	Référence réglementaire
<i>Conseil de surveillance</i>	2	3	2	1	3	4	R. 6143-11 CSP
<i>Commission médicale d'établissement</i>	3	1	4	7	4	4	R. 6144-6 CSP
Comités techniques d'établissement	4 ⁷⁷	6	5			4	Instance abrogée par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.
CHSCT	4	4	3 ⁷⁸			-	Instance abrogée par le décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.
Comité Social d'Etablissement ⁷⁹ */formation spécialisée				7	3	1 fois/trimestre soit 4	Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021
<i>Directoire</i>	11	3 ⁸⁰	10	10	3	8	D. 6143-35-5 CSP
<i>CSIRMT</i>	3	3	0	3	3	3	R. 6143-7-5 CSP

Source : CRC de Martinique sur la base des comptes-rendus communiqués par le CHMD

2.1.2 Le comité de direction

Le comité de direction de l'établissement se réunit de manière hebdomadaire. Cependant l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre un compte-rendu sur les centaines de réunions tenues sur la période de contrôle. Les deux ordonnateurs ont indiqué « *de ne pas avoir de compte-rendu transmissible* ».

La traçabilité des décisions prises lors des réunions de l'équipe de direction revêt une importance particulière pour le deuxième budget hospitalier martiniquais. Un relevé de décisions écrit pourrait donc être établi à l'issue de chaque réunion pour y remédier.

⁷⁷ L'établissement conteste le nombre de CTE tenus en 2020, affirmant qu'il y en a eu 5. La chambre n'a reçu que quatre PV pour cette année.

⁷⁸ L'établissement conteste le nombre de CHSCT tenus en 2022, affirmant qu'il y en a eu 4. La chambre n'a reçu que trois PV pour cette année.

⁷⁹ 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).

⁸⁰ L'établissement nous a indiqué avoir tenu 11 directoires durant cette année mais n'a pas été en mesure de nous adresser 8 de ces 11 PV durant le temps de l'instruction.

2.2 L'organisation en pôles et la contractualisation interne

2.2.1 Une organisation polaire bien établie

Selon l'article L. 6146-1 du CSP, le directeur d'établissement et le président de la CME définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité⁸¹ conformément au projet médical d'établissement. Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement.

L'organisation polaire a été établie sur la base du projet médical d'établissement 2019-2023 et est inscrite dans le règlement intérieur général du CHMD.

L'organisation interne de l'établissement repose sur quatre pôles : psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA), centre-nord Caraïbe, nord Atlantique et sud ainsi que le pôle intersectoriel.

Le périmètre des pôles est stable dans la période depuis 2020.

2.2.2 La délégation de gestion et la contractualisation

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle⁸².

À la tête des pôles, un chef de pôle peut recevoir une délégation de signature permettant de bénéficier d'une autonomie plus grande et de mener une gestion au plus près des structures internes. La durée de leur mandat est fixée par décret à 4 ans renouvelables.

Les quatre contrats de pôle 2022-2026 ont été signés entre la directrice d'établissement, le président de la CME et chaque chef de pôle le 1^{er} juillet 2022.

Les objectifs fixés au chef de pôle correspondent au projet régional de santé (PRS), au projet d'établissement 2019-2023 et au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)⁸³ et avenants signés avec l'ARS.

Les chefs de pôle bénéficient d'une autonomie relative avec une délégation de signature et de gestion encadrée qui peut s'expliquer par le plan de redressement financier en cours. Les personnels affectés au pôle sont placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. Cette autorité lui donne le pouvoir, entre autres, de donner des instructions au personnel. Les délégations de gestion aux chefs de pôle recouvrent, dans la limite des enveloppes attribués, l'affectation du personnel à l'intérieur du pôle, les crédits des personnels de remplacement et les dépenses de formation. Il peut réaliser des redéploiements de crédits entre les différentes dépenses du pôle.

⁸¹ 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.

⁸² Article L. 6146-1 alinéa 8 du CSP

⁸³ Cf. paragraphe 2.3.1

Conformément à la réglementation, les contrats de pôle déclinent la liste des moyens qui lui sont dévolus et un dispositif d'intéressement collectif⁸⁴ portant sur la qualité et la gestion interne en annexes. Toutefois, ce dispositif n'est pas effectif.

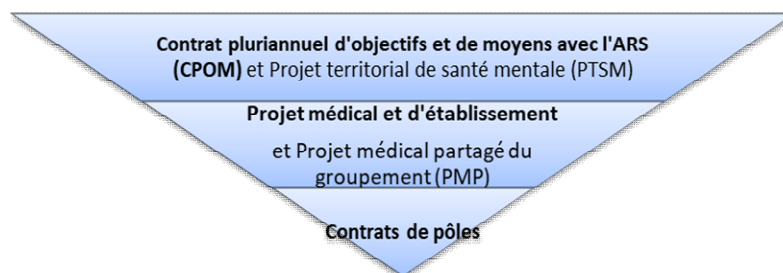
Chaque pôle est doté d'un projet sur la période et produit des tableaux de bord d'indicateurs de mesure de la performance par trimestre ainsi qu'un rapport d'activités annuel permettant l'évaluation de l'activité.

Le CHMD doit prévoir les modalités de validation des projets élaborés par les équipes, par le chef de service. Il lui appartient de définir les objectifs prioritaires ainsi que les indicateurs de résultats poursuivis par les projets : qualité, sécurité, pertinence des soins.

2.3 Des orientations stratégiques claires, une mise en œuvre partielle

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. 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 hospitalier⁸⁵.

Graphique n° 7 : le pilotage stratégique en établissement public de santé



Source : CRC de Martinique

⁸⁴ Le dispositif d'intéressement collectif porté par le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 et l'arrêté du 13 mars 2020 a été renommé en prime d'engagement collectif par le décret n° 2021-964 du 20 juillet 2021. Les modifications portent, dans l'article 2 du décret n° 2020-255 sur la notion d'indicateurs de résultats après la définition des objectifs prioritaires, tous deux pouvant faire l'objet « d'une négociation dans les conditions fixées aux articles 8 bis à 8 nonies de la loi du 13 juillet 1983 susvisée avec les organisations représentatives du personnel au sein de l'établissement ». L'article 3 a également été modifié : « les montants servis au titre de l'engagement sont identiques pour tous les membres d'une équipe impliquée dans le dispositif, quel que soit leur statut. »

⁸⁵ Article L. 1434-1 et suivants du CSP

2.3.1 Le rôle stratégique du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Sur la période, l'établissement a mis en œuvre deux CPOM avec l'ARS, le premier sur la période du 1^{er} février 2019 au 1^{er} février 2024, le second sur la période 1^{er} mars 2024 au 28 février 2029, conformément à l'article L. 6114-1 du CSP⁸⁶.

Il définit les orientations stratégiques de l'établissement, sur la base des axes du PRS⁸⁷. Ces objectifs stratégiques concernent le positionnement territorial de l'établissement et son pilotage interne⁸⁸.

L'évaluation de la réalisation des objectifs stratégiques prévus dans le contrat est conduite par le directeur général de l'ARS (DGARS) conformément au calendrier prévu et au moins à échéance de la moitié de la durée du contrat. Les résultats de l'évaluation sont présentés dans un rapport d'étape. Les résultats de l'évaluation sont inclus dans le rapport final joint à la demande de renouvellement du contrat qui est adressée à l'ARS⁸⁹.

Sur la base du PRS 2018-2022, le CPOM 2019-2024 a été signé entre l'ARS et le CHMD le 26 février 2019.

Il est structuré autour de trois orientations stratégiques très générales : développer une culture partagée de la promotion de la santé permettant à chacun de devenir co-auteur de sa santé ; viser l'excellence du système de santé martiniquais ; assurer la fluidité des parcours de santé par la définition d'une offre de santé graduée et intégrative en favorisant la coordination des acteurs en tout point du territoire. Il intègre en outre les publics prioritaires du PRS.

Les financements indiqués dans les avenants au CPOM ont porté sur des projets importants inscrits à la fois dans le projet de territoire en santé mentale (PTSM, cf. point suivant) et le projet d'établissement :

⁸⁶ « L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans. [...] Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale et les personnes morales mentionnées à l'alinéa précédent. [...] Ils peuvent faire l'objet d'une révision par avenant ».

⁸⁷ 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.

⁸⁸ Article L. 6114-2 du code de la santé publique.

⁸⁹ Article D. 6114-8 du code de la santé publique

Tableau n° 13 : projets financés par le CPOM 2019-2024 – en €

<i>Projets financés</i>	Subventions attribuées
Mise en place de 3 équipes mobiles (psychiatrie de la personne âgée, soins intensifs dans le milieu et de réhabilitation psychosociale, et dédiée aux 1 ^{er} épisodes psychotiques	743 755
Travaux de regroupement de l'activité hospitalière complète sur le site de Mangot Vulcin et relocalisation et/ou reconstruction de 5 structures extra hospitalières (CMP, CATTP, HDJ Trinité, Rivière Salée, Filière adolescents d'Acajou, Le François, Morne Morissot)	29 800 000
Travaux parasismiques sur le CMP/CATTP de Rivière Salée	2 000 000
Achat d'armoires à pharmacie sécurisées	6 000

Source : CPOM 2019-2024

Le CPOM 2019-2024 n'a pas fait l'objet de bilan avant la conclusion de son successeur 2024-2029, carence confirmée par l'ARS.

Sur la base du PRS 2023-2027, le CPOM 2024-2029 a été signé entre l'ARS et le CHMD le 1^{er} mars 2024.

2.3.2 Le projet territorial de santé mentale a été essentiellement 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 PTSM sur la base d'un diagnostic territorial partagé. 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 usagers⁹⁰.

En pratique, un PTSM peut s'accompagner de l'élaboration et la signature d'un contrat territorial en santé mentale conformément aux dispositions de l'article L. 3221-2 du CSP. Ce contrat territorial 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. Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de six mois suivant la validation du PTSM.

Le diagnostic territorial partagé et le PTSM de la Martinique ont été approuvés par arrêté du DGARS en date du 19 octobre 2020 mais le contrat territorial de santé mentale n'a pas été mis en œuvre.

Le PTSM de Martinique a identifié quatre axes :

- promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;

⁹⁰ Selon l'article L. 3221-2 du CSP

- garantir les parcours de soins coordonnés ;
- garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Le plan repose sur 13 objectifs, déclinés sous forme de 27 fiches action précisant les objectifs opérationnels, le calendrier, les indicateurs de suivi et le budget prévisionnel.

Selon le bilan effectué par l'établissement et l'ARS, le 14 mai 2025 à l'occasion du premier comité de pilotage de la période, le PTSM a permis de réaliser un nombre important d'actions : la création d'une maison des adolescents (MDA), la mise en place des programmes Unplugged⁹¹, Profamille⁹², PRACS⁹³, BREF⁹⁴, la création des équipes mobiles, le lancement de « *Un chez soi d'abord* » (42 bénéficiaires, 21 logés), la signature de CLSM et la formation aux premiers secours en santé mentale.

Recommandation n° 4 : (*régularité*) mettre en place de manière effective les actions définies par le projet territorial en santé mentale qui incombent au centre hospitalier Maurice Despinoy.

2.3.3 Un projet d'établissement clair et bien décliné

L'article L. 6143-2 du CSP dispose que le projet d'établissement définit, sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il précise les modalités d'organisation de la mission de psychiatrie de secteur au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Il est, enfin, établi pour une durée maximale de cinq ans.

Le projet d'établissement 2019-2023 comporte plusieurs volets : un projet médical, un projet de soins, un programme qualité et gestion des risques, un projet social, un schéma directeur immobilier, un projet culturel, un projet de communication, un schéma directeur du système d'information, un projet de psychologie. Le projet de gouvernance et de management, en partie traité transversalement, ainsi que le volet éco-responsable sont absents du projet d'établissement.

⁹¹ Programme de prévention des conduites addictives.

⁹² Programme psychoéducation familiale, destiné aux proches de personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles psychotiques apparentés.

⁹³ Le PRACS (Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales) est un dispositif de réhabilitation psychosociale.

⁹⁴ Le programme Brèves Rencontres d'Éducation familiale (BREF) est un dispositif national essentiel de psychoéducation destiné aux aidants.

Ces différents volets n'ont pas fait l'objet de prévisions et d'évaluations financières pluriannuelles adossés au projet d'établissement sauf pour le schéma directeur du système d'information.

Le projet d'établissement 2019-2023 a fait l'objet de plusieurs réalisations.

Il prévoit la fermeture totale du site de Colson (Balata) et le transfert de son activité sur le site de Mangot-Vulcin, dans des locaux adaptés grâce aux extensions des pavillons existants et la construction de pavillons neufs. Les travaux de densification et de réhabilitation ont débuté en 2023 sur le site de la cité hospitalière Mangot-Vulcin. Ils doivent se poursuivre jusqu'au début 2027. Le projet de regroupement initial ne concerne pas le service de psychiatrie de la personne âgée. Compte tenu de l'inscription au PRS, un projet devrait être travaillé pour permettre de préserver cette offre de soins sur le territoire.

Pour réussir cette mutation, le CHMD a choisi de poursuivre le virage ambulatoire en mettant en place trois nouvelles équipes mobiles pour la personne âgée, le suivi intensif dans le milieu pour lutter contre les hospitalisations multiples des patients et pour les premiers épisodes psychotiques de jeunes adultes psychotiques qui accompagne ces patients. Le travail engagé pendant la période 2019-2023 sur la réorganisation des CMP s'est poursuivi en 2024 et a abouti en 2025 à une harmonisation des pratiques et des horaires au sein des CMP.

Le projet d'établissement 2025-2029 de l'EPUSM Maurice DESPINOY est finalisé. Il est établi dans le cadre de l'unification de la prise en charge psychiatrique sous une même gouvernance, par le biais d'une transformation en CHMD, et avec pour ambition, une vision et des projets communs pour le territoire.

Interrogé, le CHMD n'a pas été en mesure de transmettre un bilan final formalisé et détaillé permettant de définir les actions réalisées et celles à poursuivre du projet d'établissement 2019-2023. La chambre préconise de réaliser un tel bilan.

2.3.4 L'inscription en tant que membre associé dans la stratégie du groupement hospitalier de la Martinique

Les groupements hospitaliers de territoire

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.

Conformément à l'article L. 6132-1 du CSP, l'établissement doit adhérer à un GHT ou disposer d'une dérogation.

Le CHMD bénéficie d'une dérogation de 36 mois par arrêté de l'ARS 2022/321. Toutefois, la dérogation arrive à son terme. L'établissement n'a pas informé la chambre d'un éventuel avenant pour renouveler la dérogation.

En l'absence d'adhésion, le CHMD est membre associé du GHT de Martinique aux cotés de douze établissements^{95 96}.

Le projet médico soignant partagé du 4 mai 2022 est structuré autour de 6 filières de soins prioritaires⁹⁷ dont fait partie la santé mentale.

Le CHMD s'est associé à plusieurs projets de coopération. Tout d'abord, le projet médico-soignant partagé en participant à l'élaboration du projet de filière santé mentale et ainsi que les implications dans les travaux des filières connexes (gériatrie, femme-mère-enfant, cancérologie, soins palliatifs). Viendra par la suite le projet de gestion partagée, singulièrement sur le volet système d'information.

2.3.5 La mise en œuvre des contrats locaux de santé mentale⁹⁸

L'instruction n° DGS/SP4/2025/8 du 13 mai 2025 à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale (CLSM)⁹⁹ a défini leurs modalités de fonctionnement.

Deux CLSM ont été signés en Martinique : à Fort de France (74 000 habitants) au sein du pôle centre nord caraïbes ainsi qu'au Lamentin (40 000 habitants) au sein du pôle nord atlantique sud, représentant près d'un tiers des Martiniquais.

En revanche, l'établissement doit apposer la date de signature sur la convention du CLSM de Fort de France, renouvelable par tacite reconduction tous les trois ans et révisable.

De plus, la convention du 30 septembre 2022 avec le CLSM du Lamentin a expiré compte tenu de l'absence d'avenant. L'hôpital doit renouveler la signature de la convention sur une durée de trois ans.

Ces deux CLSM doivent être régularisés.

⁹⁵ Le GHT comprend les établissements suivants : le Centre Hospitalier Universitaire de Martinique, le Centre Hospitalier du Marin, le Centre Hospitalier des Trois-Ilets, le Centre Hospitalier du Saint-Esprit, le Centre Hospitalier Ernest WAN AJOUHU du François, le Centre Hospitalier Romain BLONDET de Saint-Joseph, le Centre Hospitalier Nord-Caraïbe, le Centre Hospitalier Intercommunal Lorrain-Basse-Pointe, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Madrépores – ANSES D'ARLET, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Marcel HARDY du Robert. Les membres associés sont le Centre Hospitalier Maurice DESPINOY (Etablissement public départemental de santé mentale- EPDSM) et la Clinique de la Tour (Hospitalisation à Domicile- HAD).

⁹⁶ La carte du GHT est décrite en annexe 7.

⁹⁷ Six filières prioritaires identifiées : gériatrie, cancérologie/soins palliatifs, maladies chroniques, neuro/ortho/traumatologie, Femme/mère/enfants, santé mentale.

⁹⁸ Article L. 14345-10-IV du CSP

⁹⁹ Un CLSM est un espace de concertation et de coordination locale associant élus, professionnels de santé mentale, usagers, aidants et institutions locales, visant à assurer la déclinaison du volet santé mentale du contrat local de santé.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Plusieurs instances de gouvernance ne se réunissent pas à intervalles réguliers. Ainsi, le conseil de surveillance et le directoire ne respectent pas les fréquences réglementaires de réunion (respectivement 4 et 8 fois par an). Le comité de direction se réunit sans compte-rendu formel.

L'organisation en quatre pôles est bien structurée avec des contrats signés et mis en œuvre. La stratégie de l'établissement est claire et déclinée dans le cadre du CPOM. Le CPOM 2019–2024 a permis des avancées notables (équipes mobiles, restructuration), mais aucun bilan n'a été formalisé. Le PTSM est partiellement appliqué.

Le nouveau projet d'établissement 2025–2029 portant création d'un établissement public universitaire de santé mentale est finalisé.

Le CHMD est membre associé du GHT de Martinique et participe aux projets communs.

Par ailleurs, les deux contrats locaux de santé mentale mis en place à Fort-de-France et au Lamentin doivent être actualisés.

3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le CHMD compte 1 264 équivalents temps plein (ETP) au 31 décembre 2023 soit 63,5 en personnels médicaux (PM) et 1 200,05 ETP en personnels non médicaux (PNM). Sur la période de contrôle, les charges de personnel progressent de 5,5 % en moyenne annuelle, s'expliquant par la progression des effectifs et l'effet prix des revalorisations salariales. En 2024, la masse salariale représentait 87,41 M€ de dépenses¹⁰⁰.

La gestion des ressources humaines (GRH) de l'établissement s'inscrit dans un contexte social complexe durant la période de contrôle. Elle se distingue également par des conditions de rémunérations médicales élevées, mises en place pour compenser un déficit d'attractivité, en particulier dans le recrutement des médecins. Par ailleurs, l'établissement a choisi de ne pas mettre en œuvre l'obligation vaccinale¹⁰¹, ni les mesures de suspension pour non vaccination lors de la période Covid. Ce choix a été assumé par l'ancienne ordonnatrice lors de l'entretien de fin de contrôle.

Le périmètre de l'analyse des ressources humaines dans ce contrôle a été resserré à l'analyse de la gestion des effectifs et de la masse salariale afin d'expliquer les difficultés d'attractivité et de fonctionnement.

3.1 Une stratégie RH axée autour du regroupement des structures

3.1.1 Une transformation des ressources humaines en cours

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, en 2020, a accéléré la dynamique de réorganisation RH au sein de l'établissement. Certains services ont été reconfigurés, avec la montée en puissance des équipes mobiles et l'intégration des urgences psychiatriques du site de Mangot-Vulcin.

En parallèle, les travaux de structuration d'un établissement public unique de santé mentale ont continué. En 2021, une réunion stratégique entre les principaux partenaires institutionnels (CHMD, CHUM, ARS) a réaffirmé l'objectif partagé de création de cet établissement et la nécessité d'en accélérer la mise en œuvre.

Depuis 2020, plusieurs actions ont été entreprises par le CHMD pour adapter sa gestion des ressources humaines : modernisation des infrastructures, renforcement de la formation, amélioration du dialogue social et réorganisation interne. Néanmoins, des marges de progression subsistent pour garantir un cadre de travail pérenne et équitable.

Dans ce contexte, la chambre recommande de renforcer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) commune aux entités impliquées, afin d'anticiper les mobilités, les besoins en formation et les recrutements stratégiques à l'échelle du territoire.

¹⁰⁰ Données provisoires

¹⁰¹ Définie par la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021

3.1.2 L'absence de rapport social unique

Le rapport social unique (RSU) est un document réglementaire obligatoire créé par l'ordonnance n° 2021-1574 et sa composition est fixée par les articles R. 231-1 à R. 231-8 du code général de la fonction publique (CGFP).

Il vise à regrouper en un seul support l'ensemble des données sociales de l'établissement, remplaçant ainsi plusieurs rapports antérieurs comme le bilan social.

Son objectif est de centraliser les informations relatives aux ressources humaines afin d'en assurer le suivi, d'éclairer les décisions de gestion et de nourrir le dialogue social avec les instances représentatives du personnel.

Par ailleurs, le RSU s'inscrit dans un cadre plus large de la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019. Il est transmis aux membres du comité social d'établissement (CSE) avant sa présentation et donne lieu à un débat sur l'évolution des politiques des RH¹⁰². Il est établi chaque année au titre de l'année civile écoulée. Il comporte également les informations se rapportant au moins aux deux années précédentes et, lorsque c'est possible, aux trois années suivantes¹⁰³.

La chambre a sollicité l'établissement afin de vérifier le respect de ces obligations. L'ordonnateur a fourni les bilans sociaux des exercices 2020 à 2022. Pour l'exercice 2023, l'établissement a transmis une base de données Excel partiellement complétée et n'a pas indiqué si celui-ci avait été présenté aux instances sociales.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a confirmé ne pas avoir « *été en mesure de présenter le RSU relatif à l'exercice 2023* » mais indique être « *dans les délais pour le RSU relatif à l'exercice 2024 puisque la fin de collecte des données et la clôture de la plateforme sont prévues le 6 novembre 2025* ».

Recommandation n° 5 : *(régularité)* produire un rapport social unique conformément aux dispositions de l'article L. 231-1 du code général de la fonction publique.

3.2 La gestion des effectifs

3.2.1 L'évolution du personnel non médical : une maîtrise des effectifs, des besoins persistants pour les métiers en tension

Les ETP moyens rémunérés de personnel non médical atteignent 1 215 personnes en 2024 contre 1 161 personnes en 2020 en augmentation de près de 4,6 %. Les personnels médico techniques, apprentis, ouvriers et administratifs sont en baisse. En revanche, le personnel soignant et éducatif augmente de 8,55 %.

¹⁰² Article R. 231-7 du CGFP

¹⁰³ Article R. 231-4 du CGFP

Tableau n° 14 : ETP moyens rémunérés du personnel non médical

<i>ETPR personnel non médical</i>	2020	2021	2022	2023	2024	Variation annuelle en %
Personnel administratif	119,58	120,14	122,20	123,44	117,35	- 1,86
Personnel soignant et éducatif	881,58	915,20	924,66	922,55	956,98	8,55
Personnel technique	118,31	115,63	115,58	112,48	112,23	- 5,14
Personnel médico technique	11,61	8,51	7,98	8,52	5,22	- 55,06
AFT et apprenti	30,31	27,93	26,03	25,43	24,07	- 20,59%
Total	1 161,38	1 187,41	1 196,45	1 192,42	1 215,84	4,69

Source : CRC de Martinique selon les données obtenues auprès de l'établissement

En 2024, les difficultés de recrutement parmi le personnel non médical concernaient principalement les psychologues, avec 9 postes vacants sur 38,9 ETP réels rémunérés. Le taux élevé de vacances des postes de psychologues explique en partie les délais d'attente élevés de certains CMP exposés précédemment. Par ailleurs, les adjoints médico-administratifs étaient également concernés avec 6 postes vacants sur 27,1 ETP réels rémunérés.

Tableau n° 15 : postes vacants par catégorie de personnel

<i>Métier</i>	Nb d'ETPR	Nb de postes non pourvus	Taux de postes non pourvus
Adjoint administratif	58,4	2,6	4%
Préparateur en pharmacie	4,7	0,3	7%
Psychomotricien	13,5	1	7%
Ergothérapeute	6,5	0,5	8%
Conducteur ambulancier	12	1	9%
Assistants sociaux	23,5	3	13%
Agent d'entretien qualifié	35	4,7	13%
Cadre de santé paramédical	27	3,8	14%
Ingénieur	3,5	0,5	14%
Assistant médico-administratif	27,1	6	22%
Psychologue	38,6	9,9	26%
Famille d'accueil	19	6	32%

Source : CRC de Martinique selon les données de l'établissement

Interrogé sur ces difficultés de recrutement, l'établissement a communiqué sa stratégie d'attractivité et de fidélisation du personnel. Tout d'abord, le CHMD a procédé à l'alignement des indices de rémunération de la grille des contractuels sur celle des titulaires à compter du 1^{er} octobre 2024, contribuant ainsi à une meilleure équité salariale.

Par ailleurs, une politique de formation a été mise en œuvre puis élaborée, en concertation avec les organisations syndicales, ainsi qu'un plan de stagiairisation annuel. Enfin, concernant les processus de titularisation, différentes modalités sont prévues selon les

catégories de personnel. Pour les métiers en tension, tels que les orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues, des contrats à durée indéterminée (CDI) sont proposés. S'agissant du personnel administratif, la titularisation peut intervenir au terme de trois années d'exercice via concours, ou au bout de six années en CDI.

Cependant, en dépit des actions mises en œuvre, des tensions subsistent au sein des différentes catégories de personnel, ce qui contribue également à allonger les délais d'attente dans les CMP.

3.2.2 Une baisse d'attractivité pour les personnels médicaux qui complique le fonctionnement de certains pôles

En 2023, le personnel médical regroupe environ 79 ETP moyens rémunérés, dont 36 praticiens hospitaliers titulaires (PH). Le nombre de PH sur la période de contrôle se situe entre 36 et 40 pour 355 000 habitants en moyenne.

Tableau n° 16 : ETP moyens rémunérés du personnel médical

<i>ETPR Personnel Médical (hors internes)</i>	2020	2021	2022	2023	2024 (provisoire)	Évolution sur la période en %
Praticien hospitalier temps plein ¹⁰⁴	39,64	39,21	40,55	36,90	32,40	-18,25 %
Attaché ¹⁰⁵	1,16	0,87	3,35	3,51	4,75	100 %
Praticien contractuel CDD et CDI ¹⁰⁶	12,97	18,69	21,03	26,70	20,48	57,92 %
Total	53,77	58,77	64,93	67,11	57,63	12,85 %

Source : CRC de Martinique selon les données de l'établissement

L'établissement fait face à des difficultés d'attractivité et de fidélisation des personnels médicaux qui se sont accentuées en 2024, avec une baisse de 10 ETPR sur cette catégorie de personnels (hors internes). Plus précisément, le nombre de praticiens hospitaliers est passé de 39 en 2020 à 32 en 2024. Cette baisse, principalement liée aux départs à la retraite et aux mutations volontaires, n'a pu être compensée par les recrutements, malgré une hausse de 57,92 % du nombre de praticiens contractuels sur la période contrôlée.

Pour assurer la continuité des soins, l'établissement a recours à des praticiens contractuels, en mettant temporairement à leur disposition des logements et en prenant en charge, le cas échéant, leurs frais de déplacement. Il fait également appel à de l'intérim médical, dont le coût financier s'est élevé à 121 820 € en 2023.

L'article R. 6152-338 du CSP prévoit quatre motifs de recrutement des praticiens contractuels¹⁰⁷ :

¹⁰⁴ Statut : Fonctionnaire hospitalier titulaire

¹⁰⁵ Contractuel de droit public (non titulaire). Appui ponctuel à une équipe médicale. Peut exercer une activité clinique, mais n'a pas les mêmes responsabilités ni les mêmes obligations que les praticiens hospitaliers.

¹⁰⁶ Médecin recruté par contrat (droit public), en l'absence de titulaires disponibles.

¹⁰⁷ Pour les recrutements antérieurs au 7 février 2022, c'est l'article R. 6152-703 du CSP qui ouvrait la possibilité de recrutement de praticiens par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.

- pour assurer le remplacement d'un praticien lors d'une absence ou en cas d'accroissement temporaire d'activité ;
- en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ;
- dans l'attente de l'inscription du praticien sur la liste d'aptitude au concours national de PH des établissements publics de santé ;
- 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.

L'ensemble des contractuels du CHMD sont recrutés au titre du motif 2¹⁰⁸. En 2023, l'établissement comptait 21,7 ETPR de praticiens contractuels. Leur rémunération est composée d'une part fixe et d'une part variable. La part variable est conditionnée à l'atteinte des objectifs, validés par des entretiens professionnels.

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 dans l'établissement avant de se stabiliser autour d'une dizaine : sept en 2021, dix en 2022, onze en 2023, dix en 2024. Ils bénéficient d'un cadre d'exercice favorable grâce à la commission territoriale d'autorisation d'exercice (CTAE). 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 connaissances. Par ailleurs, l'établissement a indiqué avoir recours à une conciergerie facilitant l'installation des personnels venant de l'Hexagone ainsi que les médecins étrangers afin d'accroître l'attractivité de l'établissement.

Par ailleurs, des conventions d'engagement dans la carrière hospitalière peuvent également être conclues avec les praticiens contractuels souhaitant se présenter au concours de PH. En cas de réussite, ces derniers s'engagent à exercer pendant trois années au CHMD. 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, six primes PECH ont été attribuées.

3.3 Une masse salariale en nette augmentation

La masse salariale de l'établissement a augmenté de 23,75 % de 2020 à 2024 pour atteindre 87,41 M€ en 2024 contre 70,63 M€ en 2020. Cette progression s'explique notamment par une hausse de 10,9 % de la rémunération du personnel médical, contre 4,4 % pour le personnel non médical.

¹⁰⁸ Décret n° 2022-135 du 5 février 2022.

Tableau n° 17 : évolution de la masse salariale du CHMD – en €

	2020	2021	2022	2023	2024 (provisoire)	Variation annuelle moyenne en %
Rémunérations du personnel non médical	45 040 113	48 235 483	50 715 506	52 821 704	53 586 539	4,4
Rémunérations du personnel médical	5 614 023	6 848 476	7 229 854	8 646 594	8 487 239	10,9
Charges sociales totales sur personnel	16 826 973	18 973 003	19 891 758	20 762 328	21 354 134	6,1
Autres charges de personnel	29 531	57 293	37 832	41 506	39 990	7,9
Impôts et taxes liés au personnel	3 093 666	3 364 779	3 557 213	3 785 826	3 944 080	6,3
Charges de personnel externe	30 669	0	0	0	0	-100,0
Charges de personnel totales consolidées	70 634 975	77 479 034	81 432 163	86 057 958	87 411 982	5,5

Source : CRC de Martinique selon les données de l'établissement

La rémunération du personnel non médical a augmenté de 4,4 % en rythme annuel sur la période de contrôle. Les mesures de revalorisations ont eu un impact sur l'évolution des produits du titre 1 versé par l'assurance maladie¹⁰⁹. Ainsi, en 2020, des mesures exceptionnelles ont été mises en place à la suite de la crise sanitaire. Une prime COVID (jusqu'à 500 € net) a été versée, suivie de la création d'un complément de traitement indiciaire (CTI)¹¹⁰ revalorisé à 183 € net dès décembre. En 2021, le CTI a été étendu aux structures médico-sociales, avec des reclassements statutaires pour plusieurs professions paramédicales puis la revalorisation des indices des contractuels ont également contribué à la hausse salariale. En 2022, les revalorisations ont touché toutes les catégories : hausse de l'indice minimum¹¹¹, augmentation du point d'indice (+ 3,5 % en juillet). En 2023, les attachés d'administration hospitalière ont vu leurs indemnités de travaux revalorisées. Les conducteurs ambulanciers ont été intégrés à la filière soins. Enfin, en 2024, tous les agents titulaires ont bénéficié de cinq points d'indice majoré. Les indemnités de nuit et pour jours fériés ont été augmentées, et les contractuels ont vu leurs grilles alignées sur celles des titulaires.

La rémunération du personnel médical est en hausse de 10,9 % sur la période de contrôle à la suite de la modification du régime indemnitaire et statutaire. Les principales évolutions induites sont les suivantes : la reprise de l'ancienneté acquise dans l'échelon à compter du 4^e échelon de l'ancienne grille ; la généralisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), fixée à 1 010 € bruts mensuels pour l'ensemble des praticiens concernés ; la création de trois échelons supplémentaires en fin de grille pour les PH ; le doublement de la prime de vie chère, passant de 20 % à 40 % pour les praticiens qui la percevaient déjà, et fixée directement à 40 % pour ceux qui en étaient jusqu'alors exclus.

¹⁰⁹ Les dépenses de personnel du titre 1 sont traitées d'un point de vue financier au 5.2.3.1

¹¹⁰ Le complément de traitement indiciaire (CTI) est une prime versée aux agents publics exerçant dans certains établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux, en reconnaissance de leur engagement, notamment pendant la crise sanitaire. Il s'élève à 183 euros nets mensuels et vise à revaloriser les métiers du soin.

¹¹¹ L'indice minimum correspond au plus bas niveau de rémunération fixé dans la fonction publique, garantissant qu'aucun agent public ne perçoive un traitement inférieur à un certain seuil. Il est aligné sur le SMIC et traduit en points d'indice servant à calculer le traitement brut

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement employait en 2024 près de 1 248 agents dont 68 ETP médicaux et 1 180 ETP non médicaux. Les charges de personnel ont augmenté de 5,5 % par an, portées par des revalorisations salariales et les recrutements. La masse salariale est passée de 70,6 M€ à 87,4 M€ entre 2020 et 2024.

L'absence de rapport social unique ne facilite pas le pilotage des ressources humaines.

Les ETP non médicaux sont passés de 1 161 en 2020 à 1 215 en 2024, soit une hausse de 4,7 %. L'évolution est contrastée selon les filières : le personnel soignant et éducatif augmente de 8,55 %, tandis que les personnels médico-techniques, techniques et administratifs sont en recul. Le recrutement reste difficile dans certaines fonctions, notamment chez les psychologues (23 % de postes vacants) et les adjoints médico-administratifs (22 % de postes vacants).

Le nombre de praticiens hospitaliers titulaires est passé de 40 en 2022 à 32 en 2024, soit une baisse de 18,25 %, principalement due à des départs non compensés. En parallèle, le recours à des praticiens contractuels progresse (+57,9 %). Par ailleurs, le recrutement de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) a augmenté, facilité par un cadre réglementaire territorial spécifique. S'il a permis de retrouver des marges de manœuvre, ce recours aux contractuels et aux PADHUE s'est traduit par une augmentation du coût moyen des praticiens. Ainsi, la rémunération du personnel médical a augmenté de 10,9 % par an contre 4,4 % pour le personnel non médical.

4 LA GESTION BUDGÉTAIRE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES

4.1 La gestion budgétaire

La procédure budgétaire des établissements de santé

Aux termes de l'article R. 6145-29 du CSP, le budget et les propositions de tarifs sont fixés par le directeur et transmis au DGARS au plus tard le 1^{er} janvier de l'année à laquelle ils se rapportent. Ce délai a été reporté au 31 mars 2021, pour le seul état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2021, compte tenu de la crise sanitaire¹¹².

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

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* ».

En application de l'article D. 6145-31 du CSP, le DGARS peut s'opposer au projet d'EPRD lorsque celui-ci n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 ou pour un ou plusieurs des motifs¹¹³ 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'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le DGARS.

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 DGARS, ce dernier arrête l'EPRD de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2 du CSP.

¹¹² 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.

¹¹³ 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.

4.1.1 Les différents budgets de l'établissement

Le CHMD dispose d'un budget principal et de six 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 2023, les dépenses du budget principal représentent 83,5 % de l'ensemble des budgets du CHMD.

Tableau n° 18 : le poids des différents budgets du CHMD en 2023 – en € et en %

Budgets	Prévisions budgétaires	Part en %	Réalizations	Part en %
Budget principal (H)	101 141 834,95	84,9	98 098 060,41	83,5
EPHAD Kay Gran Moun ('E)	1 991 020,99	1,7	2 257 123,83	1,9
Maison d'accueil spécialisé (P1)	7 607 604,73	6,4	8 285 602,95	7,
CSAPA ¹¹⁴ toxicomanie (P2)	511 348,59	0,4	743 460,76	0,6
Centre de ressources autisme (P3)	726 914,31	0,6	941 634,42	0,8
Foyer d'accueil médicalisé SURCOUF (P4)	3 886 286,04	3,3	3 985 914,10	3,4
Foyer d'accueil médicalisé Bel Air(P6)	3 272 168,69	2,7	3 241 291,05	2,8
Total consolidé	119 137 178,30	100,0	117 553 087,52	100,0

Source : compte financier de 2023

4.1.2 Le non-respect du calendrier budgétaire

4.1.2.1 Les états des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis tardivement

Il apparaît que les EPRD du CHMD n'ont jamais été transmis dans les délais prescrits par le CSP, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 19 : dates transmission EPRD

Année	Date limite de transmission	Date de transmission	Date d'approbation par l'ARS
2020	1 ^{er} janvier 2020	17 février 2020	6 mars 2020
2021	31 mars 2021	1 ^{er} avril 2021	3 mai 2021
2022	1 ^{er} janvier 2022	8 février 2022	18 mars 2022
2023	1 ^{er} janvier 2023	14 février 2023	25 juillet 2023
2024	1 ^{er} janvier 2024	14 mars 2024	16 mai 2024
2025	1 ^{er} janvier 2025	7 février 2025	31 juillet 2025

Source : CHMD

¹¹⁴Un CSAPA est un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

De 2020 à 2024, le DGARS a approuvé les EPRD dès leur première version.

Si fin mai 2025, l'établissement n'avait pas reçu de courrier d'approbation de l'EPRD 2025, celle-ci est intervenue le 31 juillet suivant.

4.1.2.2 Les comptes financiers sont adoptés dans les délais

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 juin¹¹⁵ de l'année suivant l'exercice auquel elles se rapportent, puis transmis dans un délai de huit jours au DGARS.

Les comptes financiers du CHMD ont été adoptés dans les délais par le conseil de surveillance au cours de la période sous-revue.

4.2 La fiabilité des comptes

Conformément à l'instruction budgétaire et comptable M 21, 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* ».

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 cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs* ».

Sur la période examinée, les produits du budget principal n'ont pas atteint ce seuil puisqu'ils étaient de 95,0 M€ en 2021, de 92,6 M€ en 2022 et de 98,0 M€ en 2023. Les comptes du CHMD ne sont donc pas soumis à la certification.

4.2.1 Le suivi des immobilisations est perfectible

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

Selon l'instruction budgétaire et comptable M 21, 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.

¹¹⁵ Compte tenu de la crise sanitaire, le délai a été reporté respectivement au 30 septembre 2020 et au 31 octobre 2020 pour ce seul exercice par le décret n° 2020-657 du 30 mai 2020 adaptant temporairement les délais d'adoption des comptes et des actes budgétaires des établissements de santé en raison de l'épidémie de Covid-19.

En l'espèce, il existe entre les deux documents, au 31 décembre 2024, un écart en valeur brute de 1,16 M€.

Tableau n° 20 : valorisation du patrimoine du CHMD – en €

	Exercice 2024
État de l'actif brut	88,93
Valeur brute de l'inventaire de l'ordonnateur	87,77
Écart	-1,16

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

Le CHMD 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 l'écart relevé.

L'ordonnateur doit 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.

4.2.1.2 Le transfert des immobilisations aux comptes d'imputation définitif n'est pas régulièrement effectué

Selon l'instruction budgétaire et comptable M 21, 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* ».

Par ailleurs, lorsque les immobilisations sont terminées ou mises en service, elles font l'objet d'un transfert du compte 23 au compte d'immobilisations incorporelles ou corporelles (comptes 20 et 21).

Sur toute la période examinée, aucun mouvement d'ordre non budgétaire n'est réalisé au compte 2031 « *Frais d'études* ». Le solde du compte s'élève à 521 988 € au 31 décembre 2023. Selon les informations communiquées par le CHMD, 342 366 € correspondant à des travaux lancés fin 2023 (reconstruction Ehpad, reconstruction CMP/CATTP de Rivière-Salée, FAM Surcouf, dossier usager informatisé) seront transférés sur l'exercice 2024. Les études non suivies de réalisation devraient être amorties.

Au 1^{er} janvier 2023, le solde débiteur du compte 23 « *Immobilisations en cours* » s'élève à 1 895 944 €. Aucune opération non budgétaire n'apparaît au cours de la période sous revue. Or, les certificats de l'ordonnateur visant à l'intégration des immobilisations achevées à la clôture de l'exercice 2020 et 2021 ont été produit pour un montant respectif de 1 234 048 € et 395 457 €. Le comptable public a indiqué que la régularisation de ces certificats d'intégration

interviendra sur l'exercice 2024. Selon l'ordonnateur, les opérations achevées en 2022 et 2023 feront l'objet d'un certificat pour leur transfert au compte financier de 2024.

Le transfert tardif des immobilisations amortissables aura pour conséquence d'accroître le titre 4 (autres charges) qui enregistre déjà une forte augmentation en 2023, passant de 3,88 M€ à 7,01 M€.

Aussi, la chambre demande à l'établissement de procéder régulièrement au transfert des immobilisations en cours car un transfert insuffisant aboutit à fausser le résultat comptable en le surestimant 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

L'instruction budgétaire et comptable M 21 définit le principe de prudence comme étant l'appréciation raisonnable des faits, afin d'éviter le risque de transfert sur l'avenir d'incertitudes présentes susceptibles de grever le patrimoine et le résultat de l'établissement.

4.2.2.1 Les provisions pour litiges et pour gros entretien

Il ressort de l'analyse du bilan consolidé que le montant des provisions est passé de 4 025 109 € fin 2020 à 5 554 299 € fin 2023. Par ailleurs, l'établissement a procédé à 846 607 € de reprises de provisions.

Tableau n° 21 : provisions constituées et reprises sur la période 2020-2023 – en €

Objet	2020	2021		2022		2023		
	Solde au 31/12	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Dotations de l'exercice	Reprise	Solde au 31/12
Provisions pour litiges c/1511	0	0				473 911		473 911
Autres provisions pour risques c/1518	889 592	0						889 592
Provision CET personnel médical C/1531	1 017 001	483 329	0		215 573	88 463		1 373 220
Provision CET personnel non médical C/1532	1 223 884	453 944	19 080	276 017	23 415	274 223	44 015	2 141 558
Provisions pour gros entretien / grandes révisions c/157	854 633	0			11 275	245 911	491 821	597 447
Autres provisions pour charges c/158	40 000	80 000	0		41 429			78 571
Total	4 025 109	1 017 273	19 080	276 017	291 692	1 082 507	535 836	5 554 299

Source : comptes financiers de 2020 à 2023

La première provision pour litiges a été constituée en 2023. Les autres provisions pour risques (compte 1518) ont été maintenues sur toute la période examinée, sans actualisation du risque et sans faire l'objet de reprises.

En application des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M 21, les provisions inscrites au compte 1572 « *Provisions pour gros entretien ou grandes révisions* » (PGE) doivent être justifiées par un plan d'entretien pluriannuel. Le montant des PGE correspond au montant des travaux identifiés dans ce plan. Ce dernier doit être actualisé à chaque clôture d'exercice et la provision ajustée en conséquence. Selon les informations communiquées par l'établissement, « *la dernière dotation de cette provision date de 2017 et concerne la MAS et le FAM Bel Air (Morne-Vert). Toutefois, la direction des travaux dispose d'un programme d'entretien concernant ces structures qu'il a décliné au cours de ces dernières années et qui est toujours en cours* ».

La chambre demande à l'établissement de 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.

4.2.2.2 Les provisions pour dépréciation des créances

En application des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M 21, 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.

De 2020 à 2023, l'établissement a constitué 6,06 M€ de provisions au compte 491 « *Dépréciations comptes de redevables* » et 2,39 M€ au compte 496 « *Dépréciations comptes de débiteurs divers* ». Au 31 décembre 2023, le montant des créances contentieuses (compte 416) s'élève à 4,50 M€.

Sur la période contrôlée, le CHMD a constitué 8,76 M€ de provisions dont 8,45 M€ pour couvrir les dépréciations de créances. L'ordonnateur a précisé que le calcul des provisions s'inscrit dans le respect des « *principes comptables repris dans l'article 57 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ainsi que des dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 et sur les préconisations de la fiche n°1 de la Direction Générale des finances publiques et de la Direction Générale de l'offre de soins intitulée « Le traitement comptable du risque de non recouvrabilité, la comptabilisation des dépréciations des créances et des admissions en non-valeur* ».

Pour la chambre, dans la mesure où l'établissement n'a procédé à aucune admission en non-valeur durant la période sous revue concernant les dépréciations des comptes de redevables (compte 491) et les dépréciations des comptes de débiteurs divers (compte 496)¹¹⁶, les

¹¹⁶ Le montant des admissions en non-valeur proposé par le comptable public, fin 2023, pour les créances contentieuses (compte 416) est de 410 000 €.

provisions réalisées en l'espèce apparaissent comme étant surestimées par rapport aux pertes potentielles sur créances irrécouvrables.

Par ailleurs, dans sa réponse aux observations de la chambre, le comptable public fait mention de l'organisation prochaine d'une réunion avec les services de l'ordonnateur pour traiter les sujets de l'information patrimoniale, du transfert des immobilisations aux comptes d'imputation définitifs et de suivi des provisions.

Recommandation n° 6 : *(régularité)* procéder aux dotations aux provisions réglementaires conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M 21 et de l'article 57 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Durant la période sous revue les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) sont transmis hors des délais réglementaires mais approuvés dès leur première version.

La fiabilité des comptes de l'établissement constitue un enjeu majeur dans un contexte de forte dégradation de sa situation financière. Or, il ressort du contrôle de la chambre que des pratiques comptables sont perfectibles.

Des marges de progrès demeurent également concernant la gestion des provisions, le transfert des immobilisations achevées aux comptes d'imputation définitive, et le plan pluriannuel d'entretien qui n'est pas formalisé.

5 LA SITUATION FINANCIÈRE

5.1 La gestion budgétaire

L'analyse financière porte sur la période de 2020 à 2023, les comptes définitifs de 2024 n'étant pas adoptés par le conseil de surveillance du CHMD.

Cette analyse comporte toutefois des limites du fait de l'absence de fiabilité des comptes développée supra. Sous cette réserve importante, elle est effectuée dans la perspective d'évaluer les marges de manœuvre disponibles, d'apprécier les risques.

La réforme du financement de la psychiatrie

Jusqu'en 2021, l'activité de psychiatrie était financée suivant deux modalités différentes :

- la dotation annuelle de financement (DAF), rattachée à l'objectif de dépenses de l'assurance-maladie (Ondam), allouée par les ARS aux établissements du secteur public, ainsi qu'aux structures privées à but non lucratif ;
- les cliniques privées du secteur commercial et autres établissements sous objectif quantifié national (OQN) percevaient quant à eux un financement alloué à l'activité, sur la base de tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale 2020 a défini un nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie sous forme de dotations. Concernant la part de l'assurance-maladie obligatoire, le financement de type « *prix de journée* » cède ainsi la place à une pluralité de dotations :

- **une dotation populationnelle**, à hauteur de 78 %. Ce compartiment de financement a pour vocation de réduire les inégalités de ressources inter-régionales ;
- **une dotation « *file active* »** (soit le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année), pour 15 % du total ;
- **une dotation versée annuellement**, suivant la qualité des soins (IFAQ) et celle du codage de l'activité dans l'établissement (pour 2 % du total) ;
- **des dotations régionalisées**, liées à des projets stratégiques de transformation de l'offre (pour environ 1 % de l'objectif) ;
- **une dotation dédiée à la structuration de la recherche dans le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie** (pour moins de 1 % du total).

Un coefficient de transition est appliqué, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour lisser dans le temps les effets de la réforme. Durant ces quatre années (2022-2025), l'ARS notifie chaque année les tarifs de transition pour atteindre en 2026 la tarification nationale journalière des prestations (TNJP) cible de la catégorie à laquelle l'établissement appartient.

Cette réforme remplace les anciens modèles basés sur les dotations historiques par un système orienté sur les besoins réels des patients et les activités réalisées

5.2 Une situation financière critique, en dépit d'aides exceptionnelles

Depuis 2012, l'établissement reçoit des aides exceptionnelles pour combler le passif accumulé et financer son cycle d'exploitation. Depuis 2013, le CHMD reçoit également une aide d'1,8 M€ destinée à compenser les surcoûts du dédoublement des sites.

Le CHMD fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre depuis 2014. À ce titre l'établissement bénéficie d'aides financières budgétaires conséquentes qui atteignent au total 45,4 M€ en fonctionnement sur la période 2020 à 2023.

S'agissant de la section d'investissement, depuis 2014, le CHMD perçoit une enveloppe de 800 000 € au titre du fonds d'investissement régional (FIR), lui permettant d'assurer la sécurité des soins et de conduire des opérations indispensables.

En 2019, l'établissement ayant intégré le dispositif de suivi COPERMO¹¹⁷, une aide nationale de 29,8 M€, représentant 100 % du projet immobilier est prévue pour financer d'une part, le regroupement de l'ensemble de l'activité d'hospitalisation complète sur le site de Mangot Vulcin (17,8 M€) et, d'autre part, la relocalisation et/ou la reconstruction de cinq structures extra-hospitalières (12 M€)¹¹⁸.

Cette aide, déléguée en totalité sous forme de crédits du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), est versée par tranche par la Caisse des dépôts et consignations. La dernière tranche de la subvention restant à verser est de 7,5 M€.

Le plan de retour à l'équilibre (PRE), prévu initialement jusqu'en 2022, a été revu et prolongé jusqu'en 2025, soit un décalage du planning initial de trois ans. Ce décalage découle du nouveau planning des travaux qui prévoyait la livraison des nouveaux bâtiments sur la cité hospitalière de Mangot Vulcin en 2024.

5.2.1 Des résultats consolidés en forte décroissance depuis 2022

Le résultat consolidé (budget principal + budgets annexes) qui avait été multiplié par quatre en 2021, grâce à des aides exceptionnelles majorées, chute significativement en 2022. Bien que demeurant en excédent sur la période, le résultat du budget principal est réduit par le déficit des budgets annexes qui atteint 851 332 € en 2023.

¹¹⁷ Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins

¹¹⁸ CMP/CATTP/HDJ de Trinité, de Rivière-Salée, du François, de Morne Morissot et Filière adolescents d'Acajou.

Tableau n° 22 : évolution des résultats annuels – en €

Budgets	2020	2021	2022	2023
Budget principal (H)	2 761 747	9 180 762	376 602	903 235
EPHAD (E)	-646 764	-574 700	-508 279	-423 275
Maison d'accueil spécialisé (P1)	-80 301	27 634	476 207	68 389
Centre de soins toxicomanes (P2)	-18 641	-87 948	38 578	61 269
Centre de ressources autisme (P3)	22 418	137 492	157 845	62 230
Foyer d'accueil médicalisé SURCOUF (P4)	7 135	-50 775	-25 781	-247 113
Foyer d'accueil médicalisé Bel Air (P6)	-34 953	-181 072	-130 644	-372 832
Total consolidé	2 010 641	8 451 392	384 529	51 903

Source : comptes financiers

Ainsi, en dépit d'aides exceptionnelles représentant entre 8,4 % et 15 % des produits de fonctionnement, les résultats annuels baissent depuis 2022.

5.2.2 Le résultat structurel du budget principal demeure alarmant

Le résultat structurel s'entend hors aides exceptionnelles. Il est fortement déficitaire en dépit d'une amélioration en 2023 (+1,41 M€). En 2022, le déficit est de 7,6M€ et de 6,1M€ en 2023.

Tableau n° 23 : résultat structurel du budget principal – en €

	2021	2022	2023	Evolution 2023/2021
Résultat comptable	9 180 761	376 601,61	903 235,34	-8 277 525,66
Total charges structurelles	84 950 995	90 388 006	87 450 243	2 499 248
Total produits structurels	77 729 837	82 782 968	81 259 221	3 529 384
Résultat structurel	-7 221 158	-7 605 038	-6 191 022	1 030 136
Evolution en %				14 %

Source : rapport compte financier 2023

Le déficit structurel s'est creusé en 2022 passant de -7,22 M€ à -7,60 M€. Cette situation résulte notamment de l'évolution organisationnelle de l'établissement (virage ambulatoire, urgences psychiatriques) mais également de l'augmentation importante de dépenses hôtelières et de gestion (+2,06 M€). Ce poste de dépenses qui relève du titre 3, ayant enregistré durant cet exercice une facturation, sujette à des régularisation postérieures, des prestations délivrées par le groupement de coopération sanitaire de Mangot Vulcin (GCSMV).

En 2023, en dépit de l'augmentation de la masse salariale (+4,50 M€), le déficit structurel est de 6,19 M€ contre 7,22 M€ en 2021, principalement en raison de la régularisation du titre 3 (-2,64 M€).

5.2.3 L'évolution des produits et des charges de fonctionnement du budget principal

Sur la période examinée, la dynamique des charges du budget principal est légèrement supérieure à celle des produits mais les résultats demeurent positifs.

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

	2020	2021	2022	2023	Evolution 2020/2023
Total des produits du budget H	81 952 624	95 074 728	92 602 851	98 098 060	19,7%
Total des charges du budget H	79 190 877	85 893 966	92 226 249	97 194 825	22,7%
Résultat budget H	2 761 747	9 180 762	376 602	903 235	-67,3%

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

5.2.3.1 Les produits du budget principal

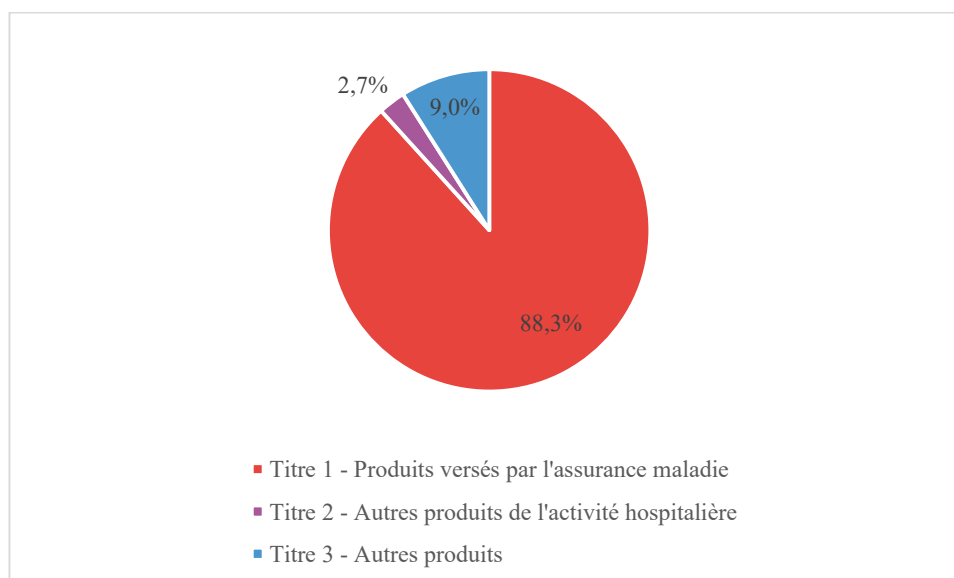
Les produits sont répartis au sein de trois titres : les produits versés par l'assurance maladie constituent le titre 1, les produits financés directement à l'activité composent le titre 2. Les produits annexes à l'activité, les autres produits de gestion, financiers et exceptionnels constituent le titre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

En 2023, les produits s'élèvent à 98,09 M€ dont 10,4 M€ d'aides exceptionnelles.

Tableau n° 25 : évolution des produits du budget H – en €

	2020	2021	2022	2023	Evolution 2020/2023
Produits financés par dotations et forfaits (titre 1)	71 645 822	85 268 959	81 083 685	86 634 780	20,9%
Produits financés directement à l'activité (titre 2)	2 679 785	2 552 448	2 307 015	2 666 691	-0,5%
Produits annexes à l'activité (titre 3)	3 760 616	3 408 871	3 581 368	3 608 440	-4,2%
Autres produits de gestion (titre 3)	721 047	925 245	870 949	805 377	11,7%
Produits financiers et exceptionnels (titre 3)	3 145 355	2 919 205	4 759 834	4 382 771	39,3%
Total des produits de fonctionnement	81 952 624	95 074 728	92 602 851	98 098 060	19,7%

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

Graphique n° 8 : répartition des produits du budget principal de 2020 à 2023

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

5.2.3.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Comptabilisés au titre 1 les « *Produits versés par l'assurance maladie* », représentent 88,3 % du total des ressources de l'établissement. Sa principale composante est la dotation annuelle de financement (DAF)¹¹⁹. Elle est constituée d'une base reconductible (socle), de crédits relatifs aux mesures nouvelles (crédits reconductibles) et de mesures non reconductibles qui financent des mesures ponctuelles. Les autres produits du titre 1 sont composés des autres dotations (Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), FIR¹²⁰ et d'autres subventions).

Les produits versés par l'assurance maladie ont évolué entre 2020 et 2022 de la façon suivante :

Tableau n° 26 : évolution des produits du titre 1 entre 2020 et 2022¹²¹ - en €

	2020	2021	2022	Evolution 2020/2022
Dotations reconductibles	59 152 993	60 629 225	60 629 225	2,5%
Dotations exceptionnelles	9 000 000	17 000 000	9 000 000	0,0%
Dotations non reconductibles	3 401 829	7 519 734	10 166 258	198,8%
Fonds d'intervention régional	91 000	120 000	1 288 202	1315,6%
Total titre 1	71 645 822	85 268 959	81 083 685	13,2%

¹¹⁹ 88 % en moyenne des produits de fonctionnement sur la période.

¹²⁰ MIGAC : missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation ; FIR : fonds d'intervention régional.

¹²¹ À compter de 2023, date de mise en œuvre de la réforme, la répartition des dotations est différente. Pour des soucis de clarté, il a été décidé d'analyser l'année 2023 de manière séparée.

Source : CHMD – rapport financier de 2022

La forte évolution des dotations non reconductibles s'explique par les compensations du « *Ségur de la santé* » liés aux surcoûts de la crise sanitaire, estimées à 2,4 M€ en 2021. En 2022, d'autres mesures non reconductibles (de l'ordre de 2,76 M€) viennent compenser la diminution des compensations susmentionnées. Il s'agit principalement du dégel du point d'indice, de la revalorisation des grilles indiciaires, de la refonte du statut de praticien contractuel, du relèvement du taux d'indice minimal et de la majoration des heures et des sujétions de nuit¹²².

Construit sur la base des produits de 2022, l'EPRD 2023 prévoyait 78 838 322 € de produits versés par l'assurance maladie dont 66 526 369 € de DAF. Compte tenu de la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie, la dotation notifiée s'est élevée à 88 388 520 €. Suivant la répartition instaurée par cette réforme, cette dotation est ventilée de la façon suivante : 59,12 M€ de dotation populationnelle¹²³, 16,87 M€ pour l'accompagnement à la transformation¹²⁴, 10,89 M€ pour la dotation file active¹²⁵, ainsi que 409 000 € pour la dotation relative aux nouvelles activités psychiatriques¹²⁶.

Jusqu'en 2022, les dotations non reconductibles représentaient moins de 10 % des produits. En revanche, en 2023, elles constituent les 75% des dotations. Elles sont désormais davantage orientées vers les activités réalisées.

5.2.3.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Les recettes du titre 2 correspondent aux produits de la facturation du forfait journalier et des tickets modérateurs en hospitalisation complète et incomplète. Ces ressources constituent la part non prise en charge par l'assurance maladie recouvrée auprès des patients, des employeurs et des mutuelles. Elle est établie à partir des tarifs de prestations journaliers. Ces produits représentent 2,7 % des recettes de l'établissement et évoluent -0,5 % sur la période 2020-2023, en lien avec le recul constaté du nombre de journées réalisés (-3 153 en 2022 et -4 510 en 2023). Cette situation résulte notamment de la réduction du nombre de familles pour l'accueil thérapeutique, prévue par le plan de retour à l'équilibre, de la diminution du nombre de lits du service psychiatrique de la personne âgée ainsi que de lits immobilisés pour travaux sur les deux sites durant une longue période.

¹²² Ces éléments ont été précisés dans la partie ressources humaines.

¹²³ La dotation populationnelle est un mode de financement forfaitaire des activités psychiatriques, attribué aux établissements de santé sur la base des caractéristiques démographiques et sociales de la population de leur territoire de santé. Elle est centrée sur les besoins estimés de la population. https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-04/Instruction_DGOS_compartiment_regionaux_psy_0.pdf

¹²⁴ Cette dotation vise à financer les efforts de transformation stratégique de l'offre psychiatrique d'une région, en soutenant les actions définies par l'ARS et l'établissement, contractualisées avec la tutelle.

¹²⁵ Cette dotation prend en compte le nombre de patients soignés dans les structures de l'établissement.

¹²⁶ Cette dotation favorise les nouveaux dispositifs, notamment ceux qui sont expérimentaux.

5.2.3.1.3 Les autres produits (titre 3)

Les autres produits représentent près de 10 % des ressources du budget principal et correspondent notamment aux produits exceptionnels, aux reprises de provisions et aux atténuations de charges.

Le titre 3 a augmenté de 15,3 % entre 2020 et 2023. Cette hausse, particulièrement significative en 2022 (+2,00 M€), est due principalement aux remboursements de frais plus importants par les budgets annexes, aux atténuations de charges de personnel mis à disposition du GCSMV (+998 687 €), aux produits exceptionnels, portée par le compte 7728 « *produits sur exercices antérieurs* » (+500 000 €), aux reprises de provisions de comptes épargne temps (215 000 €).

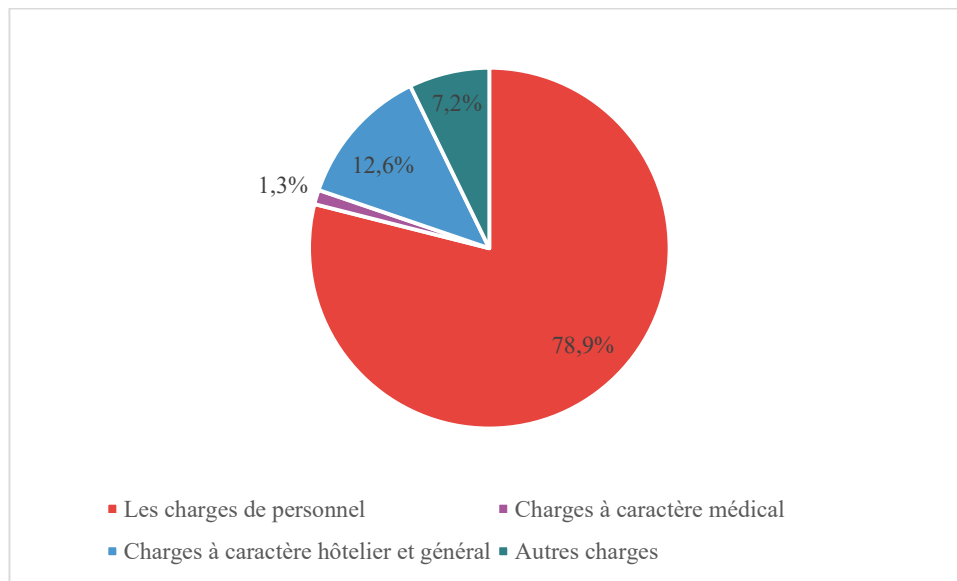
5.2.3.2 Les charges du budget principal

Les charges de fonctionnement atteignent 97,19 M€ en 2023. En leur sein, les charges de gestion nettes (hors charges financières et exceptionnelles) ont augmenté de 18,4 % passant de 76,17 M€ en 2020 à 90,17 M€ en 2023.

Tableau n° 27 : évolution des charges du budget H – en €

	2020	2021	2022	2023	Evolution 2020/2023
Titre 1 - Les charges de personnel	61 651 776	68 096 256	72 197 907	76 706 279	24,4%
Titre 2 - Charges à caractère médical	1 404 485	1 449 099	1 284 156	1 261 166	-10,2%
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	13 115 282	12 578 398	14 860 300	12 212 451	-6,9%
Titre 4 - Autres charges	3 019 434	3 770 213	3 883 886	7 014 928	132,3%
TOTAL	79 190 977	85 893 966	92 226 249	97 194 824	22,7%

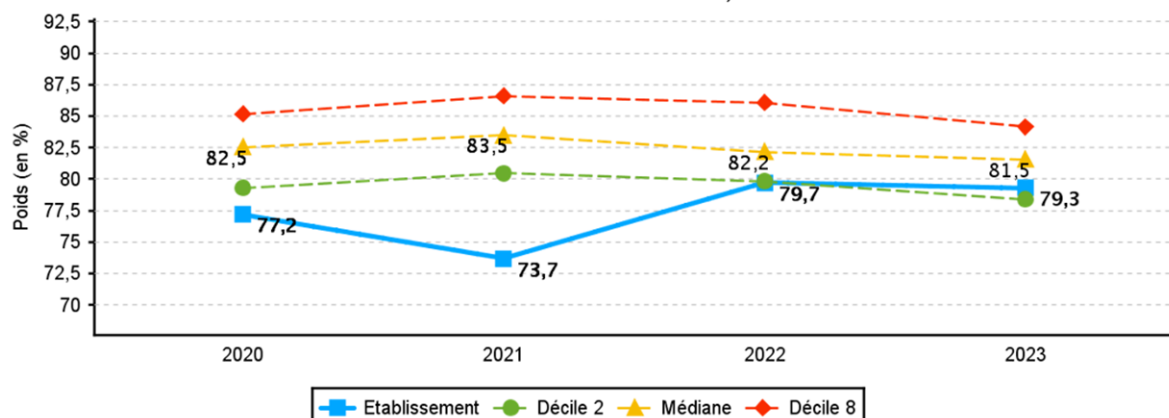
Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

Graphique n° 9 : répartition des charges du budget principal en 2023 – en €

Source : CRC de Martinique

5.2.3.2.1 Les charges de personnel (titre 1)

Les charges nettes de personnel ont progressé de 24,4 % entre 2020 et 2023, passant de 59,34 M€ à 73,81 M€ (+14,47 M€). Elles représentent en moyenne 78,6 % des charges de fonctionnement du CHMD. Cependant par rapport aux produits bruts d'exploitation, les charges de personnel demeurent en dessous de la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national sur toute la période sous revue.

Graphique n° 10 : poids des charges de personnel de 2020 à 2023

Source : comptable public (synthèse financière 2020-2024)

5.2.3.2.2 Les charges à caractère médical (titre 2)

Les charges médicales sont en diminution de 10,2 % sur la période. Elles représentent 1,5 % en moyenne des charges de fonctionnement. La baisse des achats de produits pharmaceutiques à usage médical et des achats de fournitures médicales explique cette évolution.

5.2.3.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

Les charges à caractère hôtelier, représentent en moyenne 15 % des charges de fonctionnement. Elles affichent une forte baisse en 2023 (12,21 M€ contre 14,86 M€ en 2022) en raison de la diminution globale de certaines prestations facturées par le GGSMV (restauration, blanchisserie, flux logistiques, sécurité).

5.2.3.2.4 Les autres charges (titre 4)

Ces charges atteignent 7 014 928 € en 2023 contre 3 883 886 € en 2022. Ce titre enregistre une évolution importante des dotations aux provisions pour le compte épargne-temps (CET) ainsi que pour dépréciations de créances comme abordé supra.

5.2.4 La situation des budgets annexes

Les résultats annuels des budgets annexes sont déficitaires, passant de -751 104 € en 2020 à -851 332 € en 2023 dont -423 275 € pour l'Ehpad, -372 832 € pour le FAM de Bel-Air et -247 113 € pour le FAM Surcouf.

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

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

Produits et charges de fonctionnement	2020	2021	2022	2023	Évolution 2020/2023
Produits des dotations et tarifications	15 928 714	16 305 662	17 639 897	17 908 393	12,43%
Autres produits de gestion	1 566 500	1 279 095	1 480 451	1 231 174	-21,41%
Produits financiers et exceptionnels	274 670	289 426	329 538	315 460	14,85%
Total produits de fonctionnement	17 769 884	17 874 183	19 449 886	19 455 027	9,48%
Charges de personnel	11 292 106	11 596 867	11 996 131	12 238 405	8,38%
dont personnel non médical	10 765 687	11 141 594	11 612 920	11 839 522	9,97%
dont personnel médical	305 488	246 561	140 371	152 539	-50,07%
Autres charges	6 527 416	6 200 098	6 757 685	7 325 520	12,23%
dont charges à caractère médical	657 891	715 177	782 267	728 487	10,73%
dont charges à caractère hôtelier et général	4 992 732	4 585 121	5 073 861	5 705 633	14,28%
Charges financières et exceptionnelles	672 376	774 960	682 353	735 176	9,34%
Total des charges de fonctionnement	18 491 898	18 571 925	19 436 169	20 299 101	9,77%

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

Les compensations des mesures « *Sécur* », de l'inflation, du dégel du point d'indice, le financement de la formation expliquent en partie la hausse des dotations sur la période sous revue. Toutefois, excepté en 2022, l'évolution des charges des budgets annexes est supérieure à celle des produits générant des résultats déficitaires.

Les charges de personnel représentent en moyenne 60 % des charges de fonctionnement et ont augmenté de 8,3 % sur la période. Depuis 2021, le compte enregistre la décroissance de la masse salariale du personnel médical.

5.2.5 Les soldes intermédiaires de gestion en dessous des seuils prudentiels

L'analyse des soldes intermédiaires de gestion porte sur les données du budget consolidé (budget principal + budgets annexes).

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 significative et doit être effectuée à partir des comptes consolidés.

5.2.5.1 La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation traduit la « *marge* » que le centre hospitalier dégage de son exploitation courante. Cet agrégat financier est calculé 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, par principe, 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.

Même aidée, le taux de marge brute reste inférieur à la cible nationale de 8 %, excepté en 2021, année atypique où il atteint 11,3 %, principalement en raison des aides accordées (17 M€). En 2023, le taux de marge brut est de 5,7 % alors que la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national se situait à 7,1 %.

5.2.5.2 La capacité d'autofinancement brute

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

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

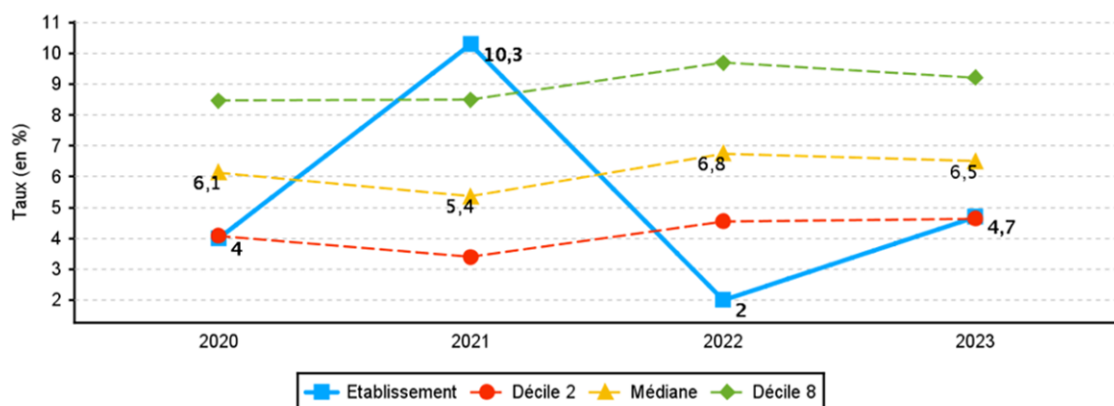
	2020	2021	2022	2023
Produits de gestion	96 302 483	109 740 280	106 963 365	112 854 856
Charges de gestion nettes	91 302 468	97 346 403	103 452 801	106 386 976
Marge brute d'exploitation (a)	5 000 015	12 393 877	3 510 564	6 467 881
Aides reçues (b)	9 000 000	17 000 000	9 000 000	9 000 000
Marge brute d'exploitation non aidée (c=a-b)	-3 999 985	-4 606 123	-5 489 436	-2 532 119
Taux MB en % des produits de gestion	5,2%	11,3%	3,3%	5,7%
(+/-) Résultat financier	-930 429	-816 111	-757 021	-736 776
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions et hors LAMDA)	683 068	500 090	1 067 694	963 384
- Charges exceptionnelles réelles	1 059 346	1 032 241	1 723 327	1 520 336
Résultat exceptionnel	-376 278	-532 150	-655 633	-556 952
= Capacité d'autofinancement brute	3 693 309	11 045 615	2 097 910	5 174 152
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	3,8%	10,1%	2,0%	4,6%
- Annuité en capital de la dette	2 029 342	2 058 357	2 088 775	2 120 670
= Capacité d'autofinancement nette	1 663 967	8 987 259	9 134	3 053 482
Taux de CAF nette en % des produits de gestion	1,7%	8,2%	0,0%	2,7%

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

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 une partie des investissements.

Il est généralement admis que le taux de CAF/produits de gestion d'un centre hospitalier est satisfaisant à partir de 6,0 %. Celui du CHMD est inférieur à la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national sur toute la période, excepté en 2021 avec un taux de 10,1 % grâce à l'augmentation importante des aides exceptionnelles.

Graphique n° 11 : taux de CAF brute du CHMD de 2020 à 2023



Source : comptable public (synthèse financière 2020-2024)

Le CHMD n'a pas contracté de nouveaux emprunts sur la période. Cependant, la CAF nette qui résulte de la soustraction des annuités en capital de la dette à la CAF brute s'élevait à

9 134 € en 2022 en raison principalement de la forte diminution de la marge brute d'exploitation (-8,88 M€) qui n'intègre plus d'aides financières majorées. La CAF nette atteint 3,05 M€ en 2023, favorisée par la croissance des produits de gestion et une diminution des charges exceptionnelles.

Malgré l'importance des aides reçues en fonctionnement, la situation financière demeure très fragile.

5.2.6 La situation bilancielle est préoccupante

Trois indicateurs principaux permettent d'analyser la situation bilancielle d'un établissement.

Le fonds de roulement net global (FRNG) 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 FRNG et le BFR.

Tableau n° 30 : évolution de la trésorerie de 2020 à 2023 – en k€

	2020	2021	2022	2023
Fonds de roulement net global	-15 488	-5 864	-5 888	-3 173
-Besoin en fonds de roulement	-15 861	-6 597	-11 479	-12 317
Trésorerie	373	733	5 591	9 144
<i>Trésorerie en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>22</i>	<i>34</i>

Source : comptable public au 22 janvier 2025

Le FRNG est négatif sur toute la période car grevé d'importants reports à nouveau déficitaire (30,89 M€ en 2023). À l'exception de 2021, l'évolution de BFR résulte d'une hausse des créances inférieure à celle des dettes ce qui traduit une baisse du délai de recouvrement et une hausse du délai de règlement des fournisseurs. Au 31 décembre 2023, les dettes d'exploitation s'élevaient à 33,98 M€ et les créances d'exploitation à 32 M€.

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 santé.

Le délai global de paiement du CHMD était de 117,2 jours en décembre 2021, 115,8 jours en décembre 2022 et de 107,7 jours en décembre 2023. Le délai de paiement de l'ordonnateur passe de 94,9 jours en 2022 à 89,2 jours en 2023. Toutefois, en dépit des aides à la trésorerie perçues depuis plusieurs années, l'établissement ne parvient pas à honorer ses dettes dans le délai réglementaire de 50 jours.

S'agissant des créances, les délais et le taux de recouvrement s'améliorent en 2023, passant respectivement de 715 jours en 2022 à 443 jours et de 62,2 % à 74,0 %. La caisse générale de sécurité sociale et la collectivité territoriale de Martinique (CTM) sont les

principaux débiteurs du CHMD, ils représentent respectivement 29 % et 31,1 % des créances en 2023.

Les restes à recouvrer sur la CTM s'élevaient fin 2023 à 10 182 462 € dont 8 405 853 € correspondent à la subvention FEDER accordée au CHMD, dans le cadre de son projet immobilier d'unification et de centralisation des activités d'hospitalisation complète sur Mangot-Vulcin. À la date du présent rapport, malgré deux relances, l'établissement est toujours en attente du versement par la collectivité territoriale du solde de cette subvention à hauteur de 6,8 M€.

La trésorerie de l'établissement, déjà fragile, se trouve dès lors significativement affectée par cette dette non honorée par la CTM.

Recommandation n° 7 : (*régularité*) respecter les délais de paiement conformément aux dispositions de l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.

5.2.7 Un taux d'endettement en baisse

L'endettement excessif

L'article D. 6145-70 du CSP définit trois indicateurs de niveau excessif d'endettement pour les hôpitaux publics :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits, toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Sont considérés comme surendettés les hôpitaux qui cumulent deux de ces trois critères. Le recours à l'emprunt pour une durée supérieure à douze mois doit alors être autorisé par le DGARS, après avis du directeur régional des finances publiques.

Le CHMD n'a pas levé de nouvel emprunt sur la période. L'encours de la dette s'élevait à 14,29 M€ fin 2023. L'établissement s'est désendetté à hauteur de 8,29 M€ entre 2020 et 2023. Le remboursement en capital d'un montant quasi-constant sur cette période s'élève à 2,12 M€ en 2023.

L'évolution de la dette du CHMD, au regard des ratios tels que définis par l'article D. 6145-70 du CSP évolue comme suit :

Tableau n° 31 : évolution de la dette du CHMD au regard des ratios – en %

	2020	2021	2022	2023
Ratio d'indépendance financière	665,6 %	196,9 %	99,1 %	55,7 %
Ratio de durée apparente de dette	5,6	1,7	7,8	2,8
Ratio de encours dette rapporté au total des produits toutes activités confondues	22,1 %	17,3 %	15,7 %	12,9 %

Source : comptes financiers

Sur toute la période examinée, bien qu'en amélioration, le taux d'indépendance financière de l'établissement est supérieur à 50 %, limite fixée par l'article D. 6145-70 du CSP. L'amélioration importante du ratio en 2023 s'explique par l'augmentation des capitaux propres grâce aux subventions d'investissement qui passe de 1,73 M€ en 2022 à 11,22 M€ en 2023. Cette situation témoigne du niveau de dépendance financière de l'établissement à l'égard des aides extérieures.

5.3 Le financement de l'investissement est fortement tributaire des subventions

Les ressources disponibles pour le financement de l'investissement fluctuent en fonction du montant des subventions exceptionnelles de fonctionnement et d'investissement perçues par l'établissement. Elles étaient nettement supérieures aux dépenses d'investissement pendant la période contrôlée (33,24 M€ contre 16,57 M€), le solde venant abonder le fonds de roulement.

L'autofinancement (CAF brute) représentait 77,3 % du financement des dépenses d'investissement en 2020 et 39,0 % en 2023. Il était toujours suffisant pour couvrir l'annuité en capital de la dette. La CAF nette représentait 22,7 % du financement propre disponible en 2023.

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

	2020	2021	2022	2023
= Capacité d'autofinancement brute	3 693 309	11 045 615	2 097 910	5 174 152
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	3,8%	10,1%	2,0%	4,6%
- Annuité en capital de la dette	2 029 342	2 058 357	2 088 775	2 120 670
= Capacité d'autofinancement nette	1 663 967	8 987 259	9 134	3 053 482
Taux de CAF nette en % des produits de gestion	1,7%	8,2%	0,0%	2,7%
+ Apports en capital	950 049	5 388 367	902 976	800 000
+ Subventions d'équipement reçues	1 845 325	51 000	0	9 575 377
+ Produits de cession	19 370	2 700	0	0
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	2 814 744	5 442 067	902 976	10 375 377
= Financement propre disponible (a+b)	4 478 711	14 429 326	912 110	13 428 860
- Dépenses d'investissement réelles ¹²⁷	2 749 863	1 310 761	1 371 552	11 143 011
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	0	3 494 232	-435 328	-429 099
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	1 728 848	9 624 333	-24 114	2 714 948
+ Nouveaux emprunts de l'année	0	0	0	0
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	1 728 848	9 624 333	-24 114	2 714 948

Source : CRC de Martinique à partir des comptes financiers

¹²⁷ Y compris les travaux en régie.

Jusqu'en 2022, les dépenses d'investissement ont été limitées aux opérations courantes (acquisitions de véhicules, équipements mobilier, matériels de soins, techniques et informatiques) ainsi qu'à des études et travaux dans les structures annexes. Le niveau plus élevé en 2020 est dû à l'acquisition, pour un montant de 1,61 M€, d'un immeuble situé dans la commune de La Trinité et destiné à accueillir l'hôpital de jour (CMP et CATTP).

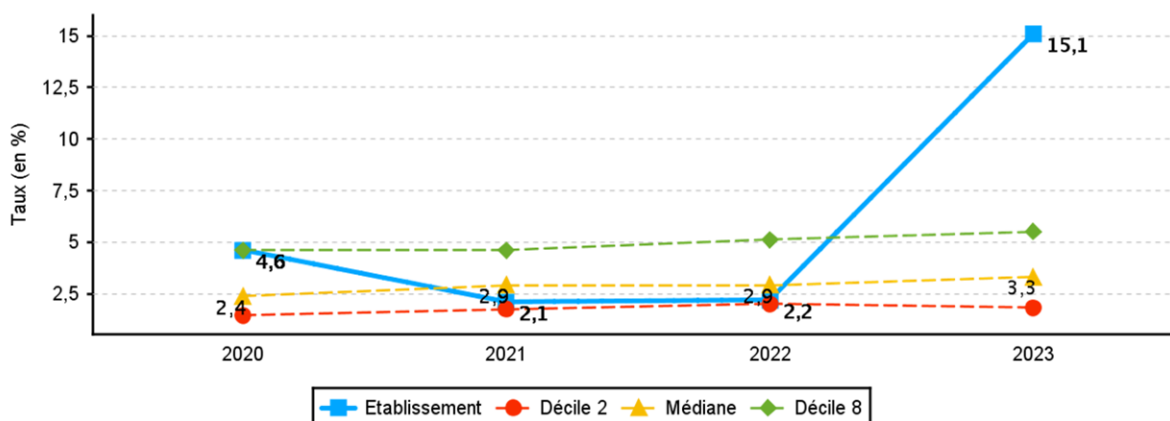
Le montant des dépenses d'investissement augmente en 2023, passant de 1 371 552 € à 11 143 011 € dont 9,5 M€ d'immobilisations en cours se rapportant au projet immobilier sur Mangot-Vulcin (9,3 M€) et à la construction du CMP et du CATTP de Rivière-Salée (200 000 €).

S'agissant des ressources, l'établissement perçoit annuellement 800 000 € de soutien à l'investissement venant financer les investissements courants, notamment les travaux et équipements dans les structures médico-sociales. 400 000 € sont également versés durant neuf ans dans le cadre de la restauration des capacités financières¹²⁸.

En 2023, les ressources d'investissement comportent par anticipation la subvention FEDER de 8,47 M€ dont le versement total n'a à ce jour pas été effectuée en totalité par la CTM. Il subsiste un reliquat de 6,8 M€.

Grâce à cette progression des dépenses d'investissement, le taux de renouvellement des immobilisations¹²⁹ très proche depuis 2021 de la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national augmente significativement passant de 2,9 % en 2022 à 15,3 % en 2023.

Graphique n° 12 : taux de renouvellement des immobilisations



Source : comptable public (synthèse financière 2020-2024)

En revanche, le taux de vétusté¹³⁰ des équipements s'élève à 90,8 % en 2023 contre 84,4 % pour la médiane. En effet, l'établissement pâtit d'un parc d'équipements vétustes qui

¹²⁸ Article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2021

¹²⁹ Le taux de renouvellement des immobilisations est le rapport entre le montant des investissements réalisés sur l'exercice et le total de l'actif immobilisé. Il traduit le rythme des investissements de l'hôpital.

¹³⁰ Le taux de vétusté mesure la part des équipements déjà amortis et permet d'en déduire l'âge moyen des équipements.

n'ont pu être entretenus en raison de sa situation financière dégradée depuis de nombreuses années.

5.4 La trajectoire du plan de retour à l'équilibre ne produit pas les résultats attendus

Les mesures nécessaires au rétablissement des comptes telles que prévues par le COPERMO en 2019 n'ont pas pu être complètement mises en œuvre dans le contexte de la crise sanitaire et des revalorisations salariales nationales. Entre 2020 et 2023, les produits d'exploitation du budget principal ont progressé de 19,7 % contre 22,7 % pour les charges d'exploitation alors que la trajectoire prévoyait la réduction des charges d'exploitation de 6,8 % et l'augmentation des produits de +11,2 %. L'évolution des dépenses de personnel devait être contenues (-0,7 %).

La politique d'attractivité et les recrutements liés aux nouvelles activités, notamment la montée en charge des équipes mobiles, non intégrées dans le périmètre initial du plan COPERMO, ont contribué à l'augmentation de la masse salariale (+24 % bruts).

L'ordonnateur a transmis à la chambre un avenant n°1 entre le CHMD et l'ARS dont la signature devra être régularisée, dont l'objet est de veiller « [...] *au bon fonctionnement de l'établissement dans les conditions de qualité et de sécurité des soins, à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier* ». Il permet de formaliser la nouvelle trajectoire d'assainissement financier du CHMD, sous forme d'un PGFP. Cet avenant couvre la période 2022-2026.

Cette trajectoire prévoit, s'agissant du budget principal, un résultat prévisionnel excédentaire de 1 849 824 € en 2024 et de 1 663 834 € en 2025.

Il ressort de l'analyse des principaux indicateurs financiers de l'EPRD 2024 un déficit d'exploitation du budget principal de 321 023 €, un taux de marge brute de 2,24 %. La capacité d'autofinancement brute de 1 552 430 € se révèle insuffisante pour couvrir le remboursement des emprunts de 2 129 117 € et la capacité d'autofinancement nette (après remboursement de la dette) est négative de 576 687 €.

L'examen du rapport de présentation de l'EPRD de 2025 construit sur la base de l'exécution budgétaire provisoire de 2024 montre que le plan de retour à l'équilibre n'a pas encore porté ses fruits. En effet, le compte de résultat prévisionnel principal figurant à l'EPRD de 2025 projette un résultat comptable prévisionnel de -1 506 370 € en 2024 et de -1 028 604 € en 2025. Le résultat structurel prévisionnel (hors aides) s'élèverait respectivement à -7 506 370 € et -7 028 604 €, soit en détérioration par rapport à 2023 (-6 191 022 €).

Dans ces conditions, la chambre relève que les efforts de redressement de l'établissement doivent être confirmés sur la durée et s'amplifier sur la maîtrise des charges singulièrement les charges de personnel afin de parvenir à une situation saine et pérenne sans aides financières massives.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation financière du CHMD est aujourd'hui préoccupante, tant en fonctionnement qu'en termes de structure bilancielle. En dépit du soutien budgétaire de l'ARS, l'établissement est confronté à un déséquilibre financier structurel dont les causes sont bien identifiées. La crise sanitaire, les recrutements liés aux nouvelles activités et la détérioration du titre 4 (autres charges) ont contribué à aggraver la situation financière de l'établissement.

Les soldes intermédiaires de gestion demeurent pour la plupart en dessous des seuils prudentiels et de la médiane de l'ensemble des établissements publics de santé au niveau national sur toute la période sous revue, excepté en 2021 en raison du niveau exceptionnel des subventions de fonctionnement.

Les ressources disponibles sont très dépendantes des subventions exceptionnelles dont une aide nationale de 29,80 M€ pour le financement du projet immobilier de regroupement de l'offre hospitalière sur le site de Mangot-Vulcin ainsi que pour l'acquisition du bâtiment du CMP Trinité (en 2020) et une partie de la construction en cours du CMP/CATTP de Rivière-Salée. Les ressources disponibles et le faible niveau d'endettement permettent le financement des investissements.

En dépit des aides à la trésorerie perçues depuis plusieurs années, l'établissement ne parvient pas à honorer ses dettes dans le délai réglementaire de 50 jours. Ses difficultés de trésorerie sont par ailleurs aggravées par une absence de versement par la CTM d'une subvention à hauteur de 6,8 M€.

La chambre estime que la situation financière du CHMD demeure dégradée en dépit d'un plan de retour à l'équilibre dont la mise en œuvre n'a pas produit les effets attendus au vu du déficit de 2024 du budget principal (hors aides financières) à 5,4 M€ contre 6,19 M€ en 2023.

Annexe n° 1. Glossaire - Signification des sigles

Sigle	Sigle développé
ADIAPH	association pour le développement, l'insertion et l'accompagnement des personnes handicapées
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
CAL	commission de l'activité libérale
CASP	centre d'aide et de soutien psychologique
CASPERTT	centre d'accueil spécialisé dans le repérage et le traitement des traumatismes psychiques
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCPEA	centre de consultations polyvalentes pour enfants et adolescents
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
CHC	centre hospitalier de Cadillac
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	communauté hospitalière de territoire
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

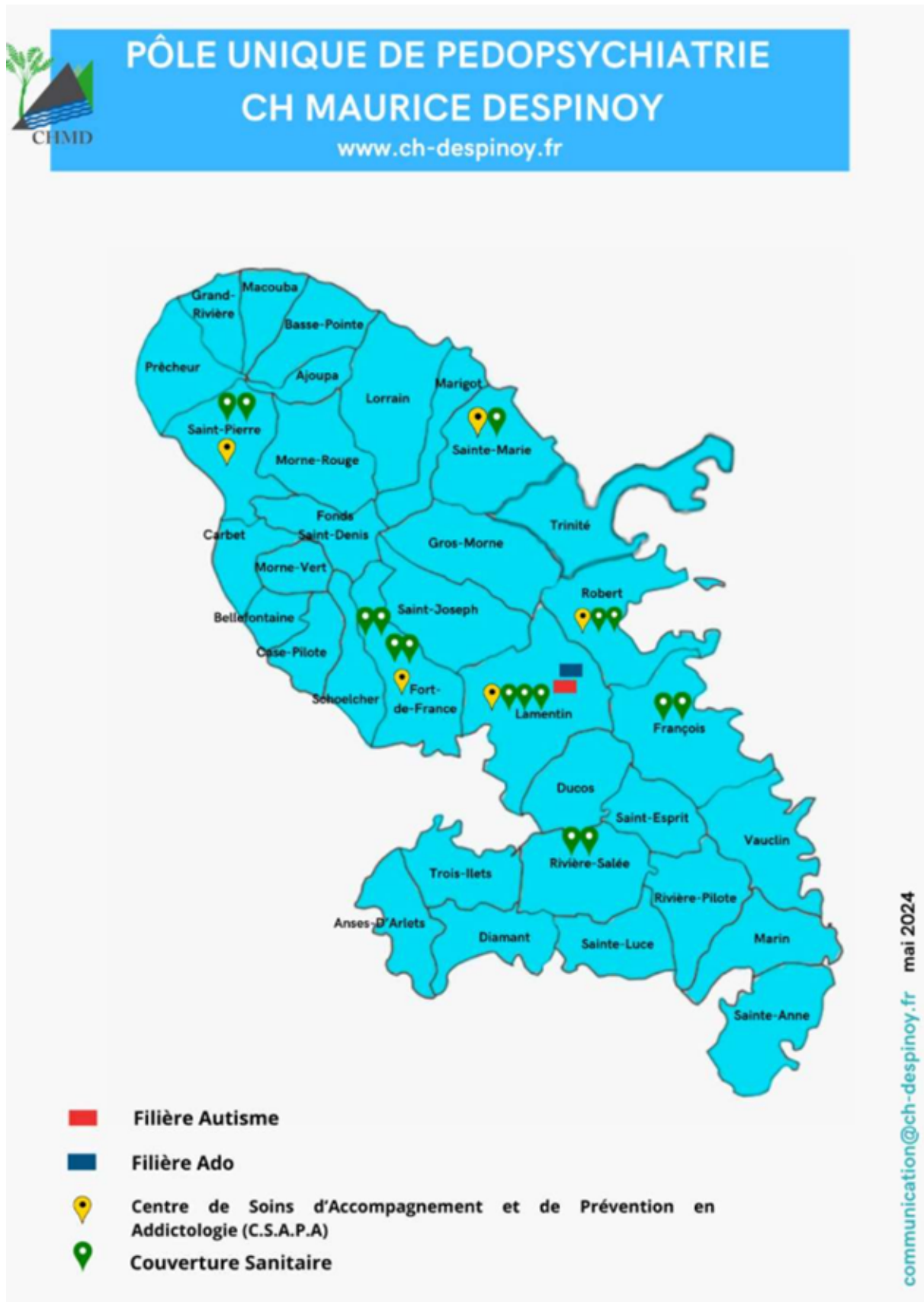
Sigle	Sigle développé
CLS	conseil / contrat local de santé
CLSM	conseil / contrat local de santé mentale
CLUD	comité de lutte contre la douleur
CME	commission médicale d'établissement
CMP	centre médico-psychologique
CMPEA	centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent
CMPPE	centre médico-psychologique petite enfance
CNG	centre national de gestion
CNoCP	conseil de normalisation des comptes publics
CNR	crédits non reconductibles
COPERMO	Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soin
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
CPL	centre psychothérapeutique de Lormont
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
CRC NA	chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine
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
DGFIP	direction générale des finances publiques
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la santé
DNA	dotation non affectée

Sigle	Sigle développé
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 gériatrie-psychiatrie
EMPP	équipe mobile psychiatrie précarité / migrants
EMR	équipe mobile ressources
EMR-ASE	équipe mobile ressources - aide sociale à l'enfance
EPRD	état des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	établissement public de santé
CHMD	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
FMIS	fonds pour la modernisation et l'investissement en santé
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

Sigle	Sigle développé
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
MARS	message d'alerte rapide sanitaire
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
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
SASS	service d'accompagnement social aux soins
SAFT	service d'accueil familial thérapeutique
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAUU	service d'accueil et d'admissions d'urgences psychiatriques
SC	solde créditeur (d'un compte)
SD	solde débiteur (d'un compte)
SECOP	service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique

Sigle	Sigle développé
SMPR	service médico-psychologique régional
SNIR	système national inter-régimes
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
UCS	unité de court séjour
UGPA	unité de géro-psycho-ambulatoire
UHSA	unité hospitalière spécialement aménagée
UIAT	unité intersectorielle d'activité thérapeutique
UMD	unité pour malades difficiles
USIP	unité de soins intensifs psychiatriques
USLD	unité de soins de longue durée
UTEP	unité transversale pour l'éducation du patient

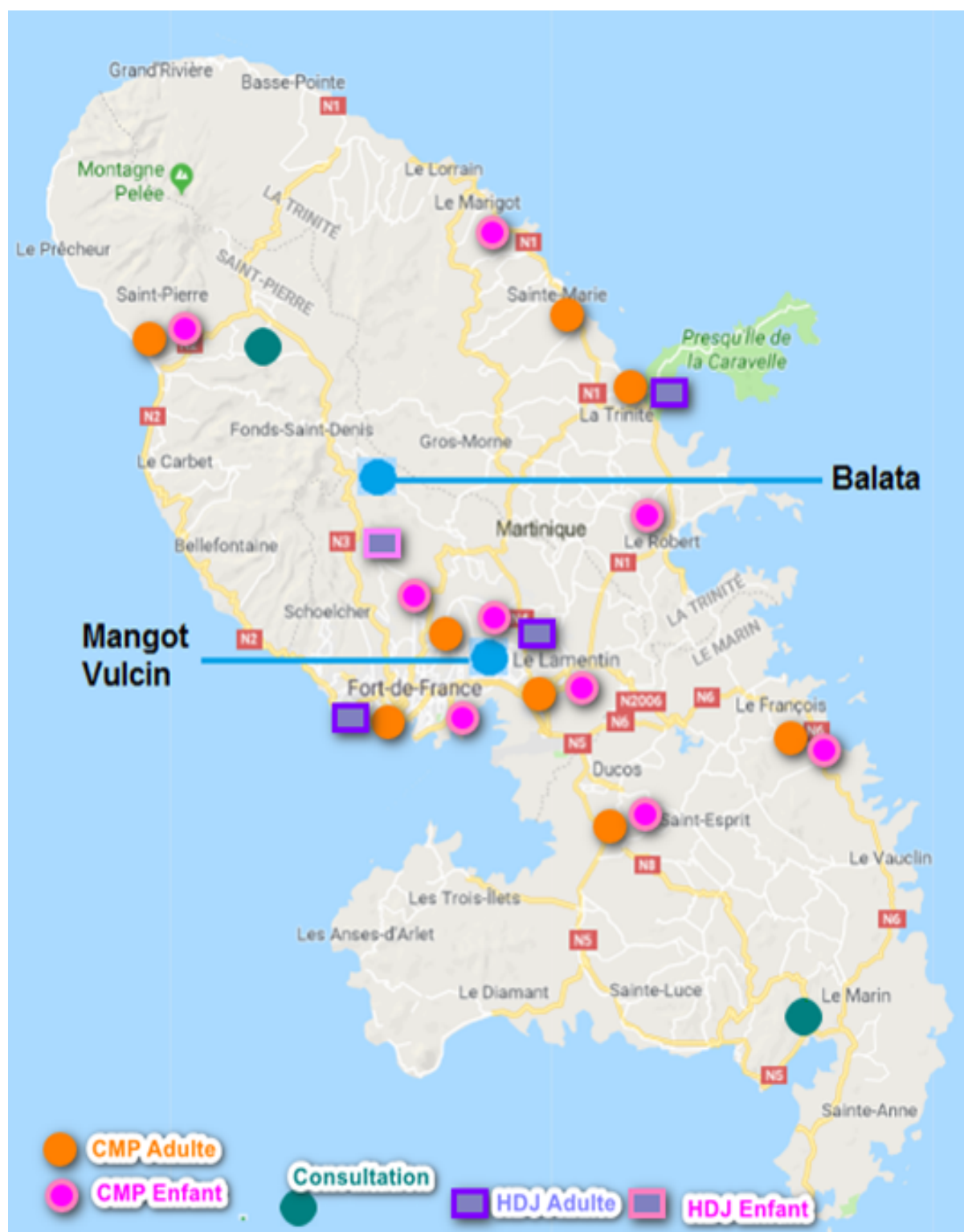
Annexe n° 2. Carte du Pôle de l'enfant et de l'adolescent



Annexe n° 3. Carte du Pôle Adultes



Annexe n° 4. Carte des structures pour la prise en charge en hospitalisation partielle et en ambulatoire



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

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 plus ou moins médicalisées, 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 (HJ) 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'HJ 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. Descriptions des équipes mobiles du CHMD

Voici les principales équipes rattachées au CHMD en file active :

- **Equipe Mobile Psychiatrique de la Personne Agée (EMPPA).** Cette équipe est dédiée à la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, souvent à domicile pour être au plus près de leur quotidien.

- **Equipe mobile Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC).** Cette équipe intervient en urgence et va à la rencontre du patient sur les lieux de la crise ou dans les locaux de l'UPM (urgences psychiatriques de la Martinique). Elle vise à éviter l'errance thérapeutique et les hospitalisations non nécessaires.

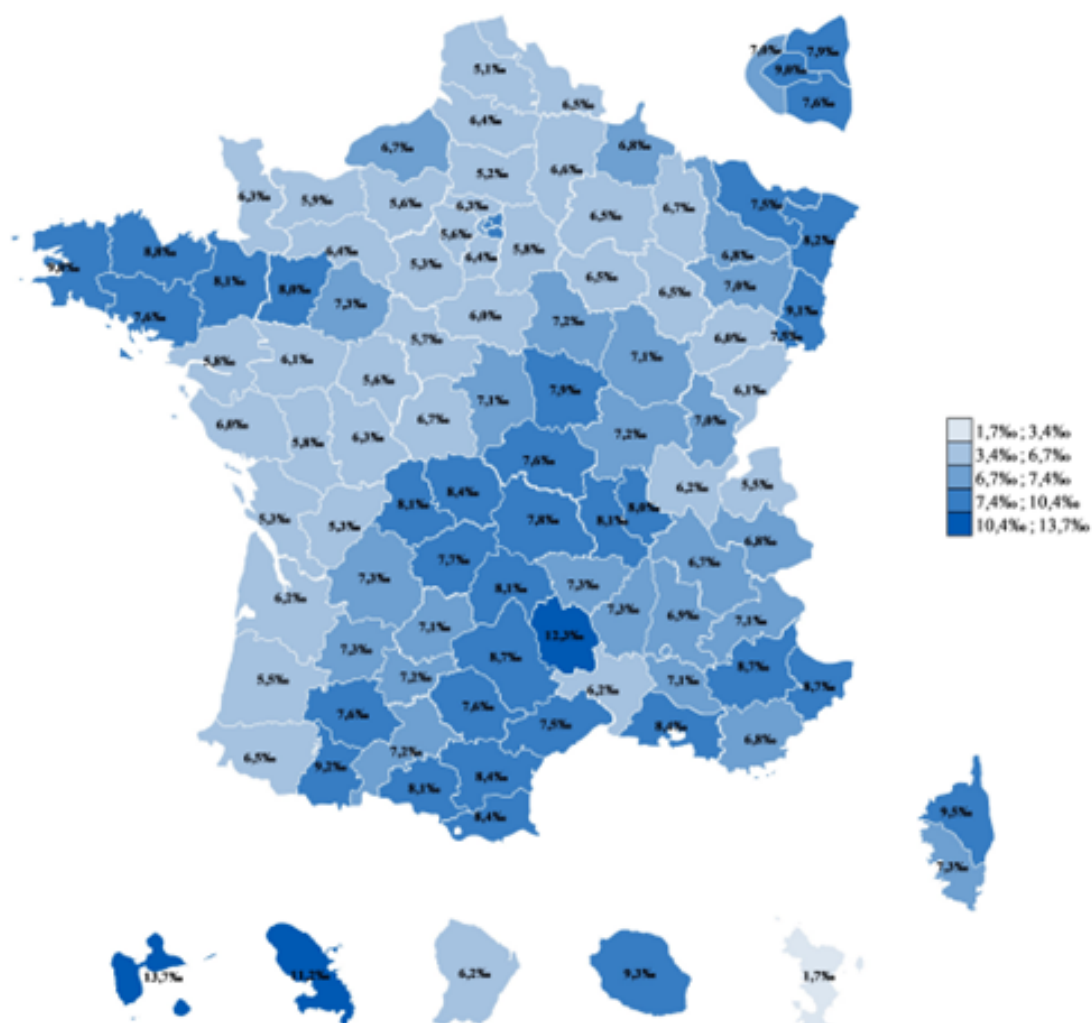
- **Equipe Mobile Précarité (EMPP972).** Cette équipe a pour mission d'aller au-devant des personnes en grande situation de précarité présentant des risques d'exclusion et des souffrances psychiques.

- **Equipe Mobile de Soins Intensifs dans le Milieu (EMSIM).** Cette équipe lancée en mars 2021 vise à offrir des soins intensifs en milieu ouvert pour les patients nécessitant un accompagnement rapproché. C'est une formation pluridisciplinaire (binômes/trinômes), active en centre-nord pour un suivi intensif à domicile, même en pleine crise sanitaire.

- **Equipe Mobile Premier Episode Psychiatrique (EMPEPS).** L'EMPEPS est une équipe mobile spécialisée dans les soins d'interventions précoces pour accompagner les jeunes entre 18 et 30 ans.

- **Equipe Mobile Adolescents (EMA).** Cette équipe s'adresse aux adolescents présentant une psychose débutante, offrant accompagnement et soutien.

Annexe n° 7. Prévalence des personnes prises en charge pour trouble psychotique par département en 2022

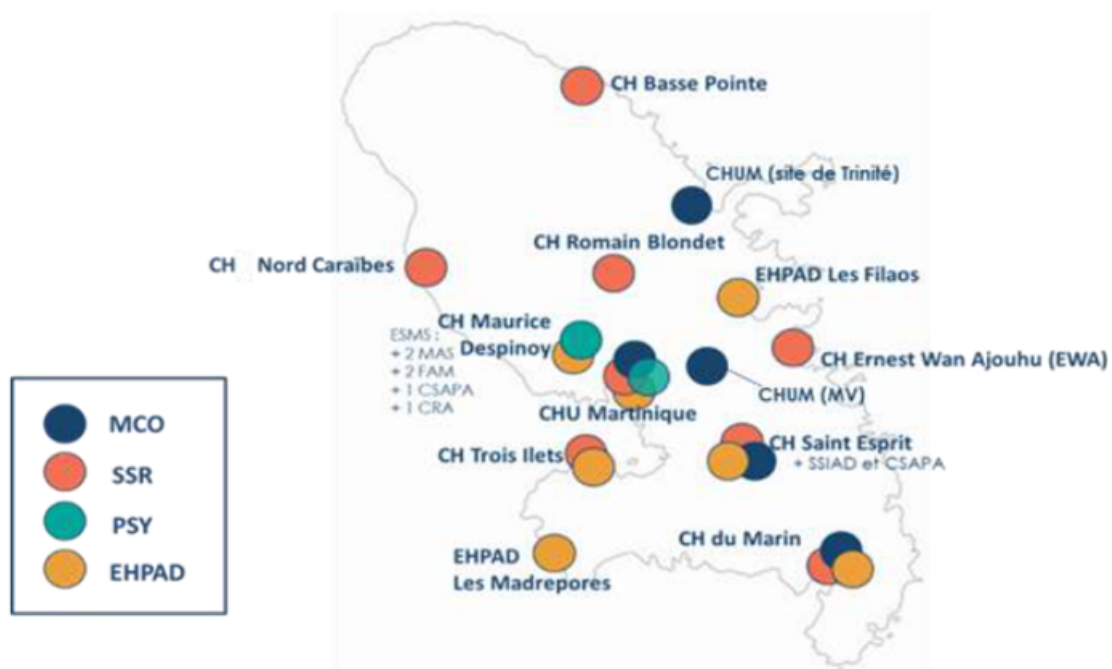


Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2024)

Méthode : standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee

Annexe n° 8. Les structures membres du groupement hospitalier de territoire



Annexe n° 9. Les instances de gouvernance du CHMD

En sus de la direction, la gouvernance des Etablissements Publics de Santé repose sur six instances :

Le conseil de surveillance : cette instance regroupe les élus, des personnalités qualifiées et les représentants des instances médicales et paramédicales de l'établissement ainsi que les représentants du personnel. Il est principalement chargé de la validation de la politique de l'établissement, dans ses volets stratégique et financier.

Le directoire : cette instance regroupe, autour du directeur, le président de la commission médicale d'établissement (CME), le président de la commission des soins infirmiers (CSIRMT), et des responsables médicaux et administratifs. Son rôle est de préparer le projet d'établissement, d'approuver le projet médical et de conseiller le directeur sur les principaux sujets de fonctionnement de l'établissement.

La commission médicale d'établissement (CME) : cette instance assure la représentation du personnel médical sur la base d'un mandat de 4 ans. La CME est chargée d'élaborer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et de porter un avis sur les orientations stratégiques et financières proposées par le directoire. L'activité de la CME est fondamentale dans l'organisation concrète de l'établissement

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) : cette instance 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 sont élus pour un mandat de 4 ans, et représentent les cadres de santé, les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et les aides-soignants. La 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.

Les instances de représentations du personnel étaient le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique va avoir pour conséquence la réunion des CTE et CHSCT en 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.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge est composée de représentants des usagers et des médiateurs qualité (ils sont nommés par le directeur pour assurer le suivi des échanges spécifiques avec les patients et/ou leurs familles relativement à la qualité de leur prise en charge). Cette commission contribue à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des malades et de leurs proches.



Chambre régionale des comptes de Martinique
Parc d'activités La Providence – Kann'Opé – Bât. D – CS 18111
97181 LES ABYMES CEDEX

Adresse mél. antillesguyane@crtc.ccomptes.fr
www.ccomptes.fr/fr/crtc-antilles-guyane