



ENQUÊTE RÉGIONALE

VIEILLIR EN MARTINIQUE LE DÉFI DE LA PRISE EN CHARGE EN ÉHPAD

Exercices 2021 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE.....	7
1 LA MARTINIQUE EST INSUFFISAMMENT PRÉPARÉE AU CHOC DU VIEILLISSEMENT RAPIDE DE SA POPULATION	9
1.1 Déjà vieillissante aujourd’hui, la Martinique sera la collectivité territoriale la plus âgée de France en 2050.....	9
1.1.1 Des données démographiques préoccupantes	10
1.1.2 Une pauvreté monétaire de la population qui n’est pas sans conséquences sur la politique de prise en charge de la dépendance	13
1.2 Le contexte institutionnel de la prise en charge de la dépendance en Martinique	13
1.2.1 Un schéma de l’autonomie qui doit être rapidement actualisé et complètement mis en œuvre.....	14
1.2.2 Une Agence régionale de santé de Martinique qui a favorisé le maintien à domicile	15
1.2.3 Une offre de services et de soins liée à la dépendance en dessous des besoins réels	16
2 UNE QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE SATISFAISANTE MAIS PERFECTIBLE	18
2.1 La qualité : définition réglementaire et perception par les résidents, leurs familles et les professionnels.....	18
2.1.1 La notion de qualité des prises en charge est définie par sept principes consacrés par la loi	18
2.1.2 La qualité perçue par les résidents, leurs familles et les professionnels : enjeux et méthodologie de l’enquête de satisfaction conduite par la chambre	19
2.2 La Martinique connaît une forte demande d’admissions en Éhpad	20
2.2.1 Des demandes d’admission nombreuses... ..	20
2.2.2 ... dont le traitement et le délai de prise en charge sont difficiles à évaluer	21
2.3 Des capacités d’accueil conformes aux autorisations d’activités.....	22
2.3.1 Des taux d’occupation satisfaisants.....	22
2.3.2 Un dispositif de labellisation des unités Alzheimer ou protégées qui devrait être davantage circonscrit.....	23

2.4 Des locaux adaptés, dans l'ensemble, à l'accueil de résidents de plus en plus dépendants	24
2.4.1 Des bâtiments assez récents, adaptés aux besoins évolutifs des résidents mais qui comportent certaines fragilités	24
2.4.2 Une propreté et un aménagement des locaux corrects, mais qui souffrent d'un défaut de planification pour être optimisés	24
2.5 Une qualité de service réelle mais difficile à mesurer.....	25
2.5.1 L'animation : un point fort des Éhpad en Martinique.....	26
2.5.1.1 Des moyens humains et budgétaires importants déployés dans tous établissements de l'échantillon.....	26
2.5.1.2 Des activités d'animation fragilisées au plan budgétaire, voire dénuées de toute stratégie d'ensemble	27
2.5.2 Des professionnels présents et impliqués malgré la faible attractivité du secteur médico-social	27
2.5.2.1 Des difficultés de recrutement qui restent moins criantes que dans l'Hexagone	27
2.5.2.2 Des médecins coordonnateurs présents au sein des établissements.....	28
2.5.2.3 L'accès aux soins au sein et hors des établissements	31
2.5.3 Une culture de la qualité et de l'évaluation à développer	31
2.5.3.1 Une absence d'audit, d'évaluation interne ou externe fréquente.....	31
2.5.3.2 Une obligation de transmission des événements indésirables graves inopérante et non respectée	32
2.5.3.3 Des plans de formation relatifs à la bientraitance encore lacunaires	33
2.5.4 Des outils numériques de qualité mais insuffisamment exploités.....	33
2.6 Une association plus importante des résidents est nécessaire pour mieux leur permettre d'exercer leurs droits	34
2.6.1 Une mise en œuvre inégale des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.....	34
2.6.1.1 Un contrat de séjour et un livret d'accueil globalement satisfaisants	35
2.6.1.2 Un projet d'accompagnement peu personnalisé, voire standardisé	35
2.6.1.3 Le règlement de fonctionnement n'est pas totalement conforme aux prescriptions du CASF	36
2.6.1.4 Des projets d'établissement de bonne facture mais parfois irréguliers.....	37
2.6.2 Les conseils de la vie sociale, encore trop peu effectifs, doivent être davantage impliqués dans les décisions des établissements.....	37
3 UNE SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE FRAGILISÉE DANS UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT ET INCERTAIN	39
3.1 Un cadre contractuel largement défaillant.....	40
3.2 Un dialogue de gestion insuffisamment structuré	42
3.3 Des conditions de pilotage et de financement défavorables à la soutenabilité financière des Éhpad	43
3.3.1 Un pilotage financier fragilisé par la complexité des règles budgétaires et l'absence de stratégie pluriannuelle	43
3.3.2 Une situation locale plus dégradée que les tendances nationales.....	46
3.4 Un coût de revient élevé et des marges tarifaires limitées	48
3.4.1 Des pratiques de recouvrement défaillantes révélatrices de fragilités de gestion interne	48

3.4.2 Des coûts à la place supérieurs à la moyenne nationale.....	48
3.4.3 Une réduction des dotations institutionnelles qui se répercute sur les résidents	50
ANNEXES.....	53
Annexe n° 1. Glossaire.....	54
Annexe n° 2. Principales caractéristiques des 8 ESSMS contrôlés.....	56
Annexe n° 3. Enquête de satisfaction.....	64
Annexe n° 4. Comparaison des prix et restes-à-charge par typologie d'Éhpad (en euros)	77

PROCÉDURES ET MÉTHODES

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité des juridictions financières : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que les observations et recommandations formulées à l'issue d'un contrôle sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité sécurise les principales étapes des procédures de contrôle. Ainsi, les projets d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale.

Entre 2025 et 2026, la chambre régionale des comptes de Martinique a procédé à huit contrôles d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad), et de services autonomie à domicile (Sad) portant sur la gestion de ces établissements, notamment sur la thématique du « vieillir en Martinique : le défi de la prise en charge en Éhpad », depuis 2021 jusqu'à la période la plus récente. Ont été contrôlées les structures suivantes¹ :

- Éhpad « *Résidence Floréa-Étang Z'abricot* » (Fort-de-France), ci-après « *Éhpad Floréa* » ;
- Éhpad « *Bethléem* » (Schoelcher) ;
- Éhpad « *L'Espace Gran Moun* » (Fort-de-France), ci-après « *Éhpad Gran Moun* » ;
- Éhpad « *Résidence l'Oasis* » (Fort-de-France), ci-après « *Éhpad l'Oasis* » ;
- Éhpad du centre hospitalier du Prêcheur, ci-après « *Éhpad du Prêcheur* » ;
- Éhpad du centre hospitalier du François « *Ernest Wan Ajouhu* », ci-après « *Éhpad du François* » ;
- Éhpad « *Résidence l'Orchidée* » (Le Lamentin), ci-après « *Éhpad l'Orchidée* » ;
- Sad « *Alliance* » (Rivière-Pilote).

Le choix de ces établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) a été déterminé en tenant compte de la nature juridique de l'établissement (public, privé, associatif, lucratif, non lucratif), du nombre de places autorisées, du taux d'habilitation à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), du budget global de fonctionnement, de l'implantation géographique et enfin, de la nature des activités et accueils mis en œuvre (unités d'hébergement renforcé, petites unités de vie, unités pour personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer, accueil temporaire, accueil de jour).

¹ La présentation de ces établissements est en annexe n° 2.

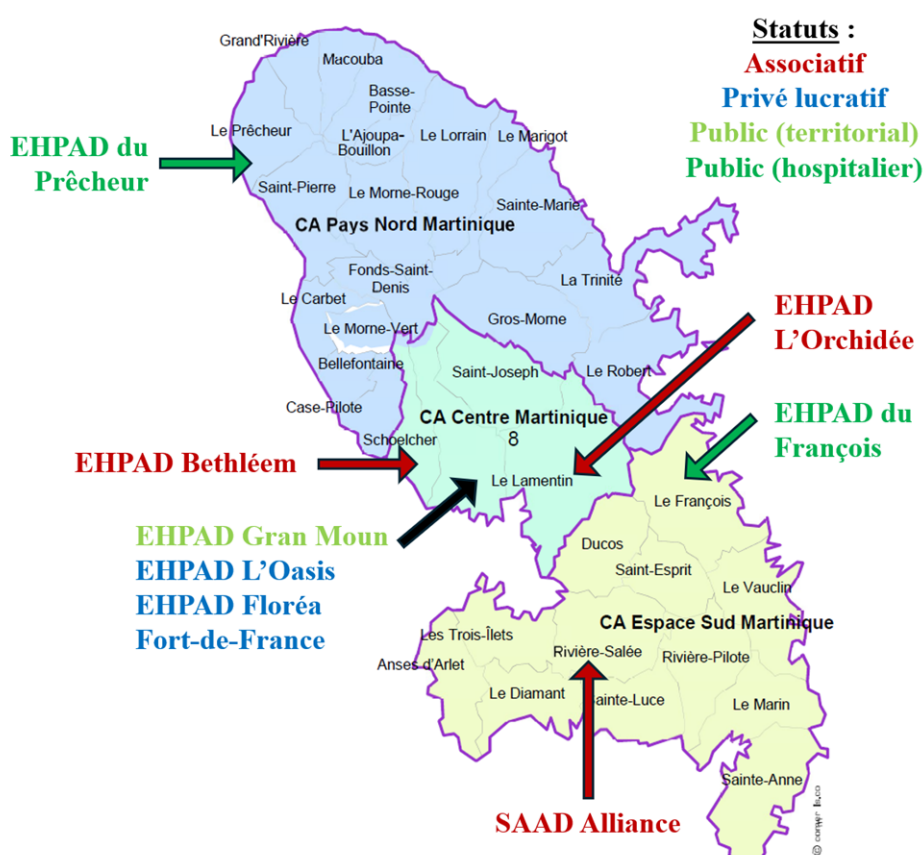
Cet échantillon représente, en 2026, environ 35 % du nombre d'Éhpad de l'île, qui en compte 25. Si cet échantillon peut apparaître, dans cette mesure, représentatif, il n'est pas pour autant exhaustif. Il permet surtout d'offrir à l'observateur un focus, à un instant précis, sur la dynamique économique et financière d'établissements aux statuts juridiques différents et sur la qualité des prises en charge des résidents.

Ces huit structures ont donné lieu, chacune, à un rapport d'observations définitives délibéré par la chambre, et rendu public en 2026, disponibles sur le site internet de la chambre régionale des comptes (www.ccomptes.fr/fr/antilles-guyane). Ils font l'objet de la synthèse ci-après, délibérée le 1^{er} juillet 2026.

SYNTHÈSE

Au 1^{er} janvier 2026, « l'île aux fleurs » compte selon l'Insee, 364 348 habitants, en baisse de 7 % par rapport au 1^{er} janvier 2015 (391 837 habitants). En 2019, les seniors de plus de 60 ans y représentaient environ 30 % de la population, alors que les jeunes de moins de 15 ans en constituaient 16 %. En 2030, cette part des plus de 60 ans passerait à 36 % de la population totale. En 2050, selon le Sénat, la Martinique sera la collectivité territoriale la plus âgée de France, alors qu'elle était la 74^{ème} en 2013.

Carte n° 1 : emplacement géographique des établissements contrôlés



Source : chambre régionale des comptes de Martinique

C'est dans ce contexte, particulièrement fragile, que la chambre régionale des comptes de Martinique a engagé, sur le fondement des dispositions combinées des articles L. 211-4 et L. 211-7 du code des juridictions financières, une enquête régionale sur la thématique « *Vieillir en Martinique : le défi de la prise en charge dans les Éhpad* ». Celle-ci repose sur le contrôle de huit établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), implantés sur l'ensemble du territoire martiniquais, et ce pour les exercices 2021 et suivants.

La chambre s'est intéressée à deux axes majeurs du traitement du phénomène de vieillissement accentué de la population en Martinique : en premier lieu, la qualité des prises en charge des résidents, en second lieu, la soutenabilité économique des établissements, c'est-à-dire leur capacité à assurer concrètement, aux plans budgétaire et financier, l'accueil et l'hébergement de personnes âgées dépendantes à court et moyen terme, dont ils ont la charge.

Grâce notamment à une enquête de satisfaction, menée auprès des usagers, de leurs familles et des professionnels, la chambre régionale des comptes de Martinique a pu relever que :

- la dynamique économique, en particulier la soutenabilité financière à moyen terme des ESSMS est fragile voire menacée. En l'absence de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en Martinique, ou d'autres instruments de viabilisation des finances médico-sociales, la réponse institutionnelle n'est, à ce jour, pas à la mesure des enjeux démographiques majeurs mis en évidence par l'enquête ;
- la satisfaction générale, exprimée dans le cadre de l'enquête, sur la prise en charge, les soins, l'animation et la vie sociale demeure bonne, mais parfois limitée. En effet, si les locaux sont globalement mieux adaptés au vieillissement que ce qui est constaté dans l'Hexagone, le parc immobilier des Éhpad publics et privés demeure très vieillissant sur l'île.

L'ensemble de ces éléments a conduit la chambre, en fonction de ses compétences, à interroger le devenir possible de la politique régionale martiniquaise de soutien et d'accompagnement à la dépendance. En effet, dans quelle mesure les difficultés financières et de prise en charge mises en exergue ici pesaient sur l'avenir de ces ESSMS et donc sur la soutenabilité d'une politique régionale gérontologique à la hauteur des enjeux de « *l'île aux fleurs* » ? C'est à cette alternative qu'il appartient désormais aux acteurs publics de la gouvernance, mais aussi privés et associatifs, de répondre.

1 LA MARTINIQUE EST INSUFFISAMMENT PRÉPARÉE AU CHOC DU VIEILLISSEMENT RAPIDE DE SA POPULATION

1.1 Déjà vieillissante aujourd'hui, la Martinique sera la collectivité territoriale la plus âgée de France en 2050

En 2050, selon le Sénat², la Martinique sera la collectivité territoriale la plus âgée de France, alors qu'elle était encore la 74^{ème} en 2013. Au 1^{er} janvier 2026³, « *l'île aux fleurs* » compte 364 348 habitants, en baisse de 7 % par rapport au 1^{er} janvier 2015⁴ (391 837 habitants), et le nombre de seniors (60 ans et plus) passera de 16,9 % à 42,3 % de la population totale entre 2013 et 2050. Ce déclin démographique, soit environ -0,7 % par an (contre + 0,3 % pour l'Hexagone) est dû au double phénomène de ralentissement des naissances (2 800 naissances en 2024, soit -16 % par rapport à l'année 2023) et d'un solde migratoire négatif marqué par « *l'évasion* » des jeunes martiniquais de moins de 25 ans vers l'Hexagone⁵ ces dix dernières années, pour suivre des études supérieures ou pour rechercher un premier emploi durable. Les arrivées sur le territoire insulaire concernent, à l'inverse, moins une population jeune qu'une population d'actifs

expérimentés, et souvent proches de la retraite.

Le déclin du maintien à domicile des personnes âgées en Martinique, qui fragilise la solidarité familiale et le système de prise en charge de la dépendance, rend urgente la création de places en établissements d'hébergement. Cette nécessité s'inscrit d'ailleurs dans le cadre du plan « *Antilles 2050* », que le rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique⁶ avait déjà préconisé en mai 2021.

La chambre constate, d'une part, qu'en Martinique, l'entrée tardive dans la dépendance s'est accélérée sur vingt ans, sous l'effet d'améliorations sanitaires et d'un traitement optimisé des maladies chroniques (diabète de type 2, ostéoporose, etc.) et, d'autre part, que malgré une qualité des prises en charge globalement satisfaisante, celle-ci apparaît insuffisante pour faire face à l'augmentation continue des admissions. L'arrivée croissante de personnes âgées de plus de 65 ans, voire de plus de 75 ans, exerce une pression accrue sur les équipes soignantes et les ressources disponibles.

² Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur le vieillissement de la population en Martinique, Sénat, 31 mai 2023.

³ Décret n° 2025-1362 du 26 décembre 2025 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

⁴ Décret n° 2015-1851 du 29 décembre 2015 authentifiant les chiffres des populations de métropole, de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

⁵ En 2015, la part des jeunes de moins de 25 ans est de 29 % de la population, contre 25 % en 2025, alors que la part des seniors de 60 ans et plus, passe de 25 % à 35 % sur la même période.

⁶ Sur ce point, L. Broussy, rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique, remis à la ministre déléguée à l'autonomie, mai 2021 (chapitre 4 en particulier).

1.1.1 Des données démographiques préoccupantes

Tout d'abord, la chambre relève que les indicateurs démographiques de la Martinique la placent dans un environnement tendu aux plans budgétaire, médico-social et économique.

Au 1^{er} janvier 2025, 14,7 millions de personnes résidant en France ont 65 ans et plus, soit 22 % de la population : cette proportion place la France au niveau de la moyenne de l'Union européenne, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). En revanche, en Martinique, la part des 65 ans et plus est largement supérieure à ce ratio, soit 35 %, la plaçant au premier rang de toutes les régions françaises. La Martinique détient, pour la troisième année consécutive, la part la plus élevée de seniors parmi les régions françaises. D'ici à 2030, les personnes âgées de 60 ans et plus seront plus

nombreuses que les moins de 20 ans. Leur part passerait de 17 % à plus de 36 % entre 2005 et 2030.

À cet égard, le phénomène est aussi appréhendé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), par l'indice de vieillissement de la population qui correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Il permet donc de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important. En France, il est en moyenne de 88,7 au 31 décembre 2022, mais atteint 106,9 en Martinique, contre 89,5 pour la Guadeloupe. Selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cet indice de vieillissement se hisse à 126 pour la Martinique au 1^{er} janvier 2025, la confrontant à un choc démographique dès l'année 2025, ou à tout le moins, pour la période 2025 à 2030.

Graphique n° 1 : évolution de la population de Martinique entre 1990 et 2025



Source : chambre régionale des comptes (CRC) de Martinique, d'après les données Insee

Si le vieillissement de la population martiniquaise et, avec lui, la présence de plusieurs dizaines de centenaires, constituent le signe d'une plus grande longévité et d'une avancée autant médicale

que sociale, cette situation est toutefois préoccupante au regard du caractère limité de l'offre d'accueil et de prise en charge des personnes âgées.

Ainsi, une des premières conséquences du vieillissement de la population martiniquaise est sociale : la solidarité intergénérationnelle, qui a « joué à plein » jusque dans le milieu des années 2010, est désormais mise à mal en raison d'un solde migratoire négatif et déficitaire⁷. Avec près de 125 000 seniors âgés de 60 ans et plus en 2025, contre 100 000 environ en 2015, l'accueil « à la maison » qui a relevé, pendant des décennies, de la solidarité familiale en Martinique, est en déclin et les quelques 1 990 places en Éhpad sur le territoire martiniquais⁸ ne suffisent manifestement plus.

Dès lors, la chambre a relevé, au cours de ses visites sur place, qu'à rebours du « virage domiciliaire » amorcé depuis les années 2010 dans l'Hexagone, qui a entraîné en partie, une baisse du taux d'occupation des Éhpad hexagonaux, la Martinique est désormais confrontée, à un besoin de création de places en Éhpad. En effet, si de nombreux seniors vivent encore à domicile⁹, les phénomènes démographique et migratoire évoqués plus haut limitent à court terme le nombre d'aidants familiaux que les personnes âgées, de 75 ans et plus notamment, peuvent solliciter.

La deuxième conséquence du vieillissement est budgétaire. Outre

l'assurance maladie pour le soin, il revient à la collectivité territoriale de Martinique (CTM) de prendre en charge l'hébergement des personnes âgées dépendantes, ce qui constitue une charge financière importante. En effet, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), est de 84 % contre 14,8 % en France hexagonale. Dans les faits, la chambre a pu constater, au cours de ses investigations dans les Éhpad, que le taux d'habilitation à l'ASH pouvait même aller jusqu'à 98 %.

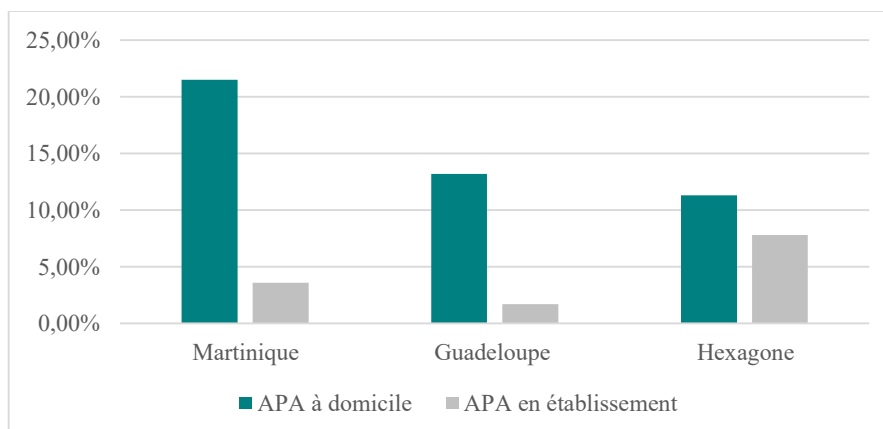
En outre, l'allocation d'aide personnalisée pour l'autonomie (APA), est également très sollicitée. Cette allocation, à la charge également de la CTM, sert à financer le coût de la dépendance de la personne âgée (à domicile ou en établissement), que ce soit au travers de matériel (couches, etc.) ou de moyens humains (aides à domicile, aides-soignants en établissement pour ne citer qu'eux). Ainsi, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement, payés au 31 décembre 2023, est en Martinique, selon la direction de la recherche, des études économiques et statistiques (Drees)¹⁰ de 25,1 % de la population de 75 ans et plus, contre 14,9 % pour la Guadeloupe et 19,2 % pour le niveau hexagonal.

⁷ Le solde migratoire en Martinique, c'est-à-dire la différence entre le nombre d'arrivées et le nombre de départs du territoire, est estimé en 2024 à -1 120 habitants. Il reste déficitaire depuis 2006. En 2024, il contribue à la diminution de la population de 0,3 % sur un an, soit autant que le déficit naturel ([Insee flash Martinique n° 216 – 10 avril 2025 – Insee](#)).

⁸ Observatoire cartographique CNSA, à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), année 2024.

⁹ Selon le rapport précité du Sénat, du 31 mai 2023, en Martinique, l'APA est plus de huit fois sur 10 perçue à domicile alors qu'elle l'est moins de six fois sur 10 dans la France hexagonale

¹⁰ Bilan Drees, arrêté au 26 mai 2025.

Graphique n° 2 : comparaison des taux d'APA en établissement et à domicile

Source : CRC de Martinique, d'après la Drees et la CNSA

La troisième conséquence est économique : le secteur du grand âge ou « *économie des seniors* » représente un secteur d'activités important qui s'est particulièrement développé en Martinique. Ainsi, rien qu'au plan médico-social, on recense par exemple 58 structures de Sad et 11 services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sur l'île, couvrant 95 % du territoire. Ce secteur relatif à l'économie des seniors, difficile à appréhender précisément au regard des données disponibles, pourrait, selon la chambre, représenter un ordre de grandeur de 1 et 2 Mds €, en comparaison du secteur du tourisme en Martinique qui enregistre quant à lui 595 M€ pour l'année 2024¹¹.

En outre, le taux d'équipement des établissements pour personnes âgées (à savoir le nombre de places en Éhpad pour 1 000 habitants de 60 ans et plus) est de 16,6, en 2024, selon la CNSA, pour la Martinique, contre 39,3 en France, soit plus de deux fois moins. Ce ratio, encore faible, laisse entrevoir une possibilité de

développement économique des services à la personne et du « *bien vieillir* » sur l'île, comme autant d'opportunités dont les acteurs publics et privés de la gouvernance de l'autonomie pourraient se saisir.

Ce besoin est d'autant plus criant qu'il doit s'organiser également en prenant en compte une évolution démographique inégalement répartie sur le territoire insulaire. À cet égard, si les actifs sont principalement concentrés au centre et au sud de l'île (un quart de la population totale vivant dans l'agglomération de Fort-de-France), les personnes âgées, retraitées, dépendantes résident, quant à elles, au nord de l'île, et dans l'extrême sud. Ainsi, en 2023, la proportion de bénéficiaires de l'APA – domicile et établissement confondus – est plus élevée dans la communauté d'agglomération du Pays Nord Martinique (« *Cap Nord* »), avec 339 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 276 pour la Martinique entière, ou même 209 dans l'Hexagone.

¹¹ Selon le rapport économique annuel de l'institut d'émission des départements d'outre-mer (IEDOM) portant sur l'année 2024, le poids du tourisme représente 595 millions d'euros, l'IEDOM s'appuyant notamment sur les données du comité martiniquais du tourisme.

1.1.2 Une pauvreté monétaire de la population qui n'est pas sans conséquences sur la politique de prise en charge de la dépendance

Selon l'Insee, au 31 décembre 2022, le niveau de vie annuel médian de la population résidant en Martinique s'élève à 19 770 €. Il est inférieur de 14 % au niveau de vie médian national, mais demeure le plus élevé des régions et départements d'outre-mer, devant celui de la Réunion (17 070 €), et celui de la Guadeloupe (15 770 €). La pauvreté monétaire est toutefois très présente en Martinique : le taux de pauvreté est de 26,8 %, soit près du double de celui observé pour la France entière, mais inférieur à celui des autres départements et régions d'outre-mer. Ainsi, selon l'Insee, en 2020, environ 25 % des personnes âgées de 60 à 74 ans, ou même 32 % de celles âgées de 75 ans et plus, vivent en Martinique sous le seuil de pauvreté¹², alors que les taux hexagonaux sont respectivement de 12 % et de 10 %, soit un ratio du simple au triple.

Le taux d'habilitation à l'ASH, de l'ordre de 84 % en 2024, fait de la Martinique une des deux régions les plus aidées en matière d'hébergement des personnes âgées. L'ASH prend en charge, en lieu et place du résident et de la solidarité familiale, le coût d'accueil, d'hébergement, et de séjour au sein de l'Éhpad : il s'agit d'une aide sociale légale codifiée à l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des

familles (CASF) et attribuée sous conditions de ressources. Or, comme une large majorité des résidents de Martinique est bénéficiaire de l'ASH, le fonctionnement des Éhpad objets de l'enquête est majoritairement abondé par la CTM. Toutefois, ces financements ne suffisent souvent pas, reportant parfois la charge de fonctionnement sur la section « soins » financée par l'État, ou sur l'usager (reste à charge).

Ainsi, au 31 décembre 2023, comme il a été vu, le taux d'habilitation à l'ASH est de 14,8 places pour 100 places au plan hexagonal contre 84 en Martinique. Ce ratio, le deuxième taux le plus élevé de toute la France, derrière la Réunion avec 92,7 %, signifie que les résidents ou usagers en Éhpad, n'ont pas les moyens financiers de payer leur hébergement et recourent massivement à l'ASH.

1.2 Le contexte institutionnel de la prise en charge de la dépendance en Martinique

Depuis la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique, le département et la région de Martinique ont fusionné en une collectivité territoriale unique : la CTM, fondée sur le régime de l'article 73 de la Constitution du 4 octobre 1958¹³.

¹² Pour mémoire, selon la Cour des comptes (rapport sur le pilotage par l'État de la politique de lutte contre la pauvreté, 4 septembre 2025), le taux de pauvreté monétaire, c'est-à-dire le niveau de vie inférieur à 60 % du revenu médian, est de 1 216 € en 2022, le taux de grande pauvreté, c'est-à-dire le niveau de vie inférieur à 50 % du niveau de vie médian et l'impossibilité de couvrir 7 des 13 dépenses de la vie courante, s'établit à 1 014 € en 2022. Pour la même année, le revenu médian des français s'élève à 2 028 €, le salaire minimum de croissance (SMIC) net à 1 328 € et le revenu de solidarité active à 578 € pour une personne seule.

¹³ L'article L. 7211-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT) prévoit que « la Martinique constitue une collectivité territoriale de la République régie par l'article 73 de la Constitution qui exerce les compétences attribuées à un département d'outre-mer et à une région d'outre-mer et toutes les compétences qui lui sont dévolues par la loi pour tenir compte de ses caractéristiques et contraintes particulières ».

1.2.1 Un schéma de l'autonomie qui doit être rapidement actualisé et complètement mis en œuvre

En application des dispositions de l'article L. 113-2 du CASF, la CTM, en sa qualité d'autorité de tarification des Éhpad sur l'hébergement et sur la dépendance, adopte un schéma gérontologique, ou schéma de l'autonomie, fixant les orientations stratégiques, et les modalités de gouvernance et de gestion des politiques du grand âge, y compris de programmation des équipements dédiés aux personnes âgées dépendantes, prévu par l'article L. 312-5 du même code. Ce schéma comporte, outre un diagnostic socioéconomique et territorial étayé, cinq axes stratégiques que sont :

1) préserver et développer l'autonomie pour une société plus inclusive ;

2) faciliter les parcours de vie pour maintenir l'autonomie ;

3) renforcer l'accompagnement à domicile et l'aide aux aidants ;

4) diversifier et développer des solutions innovantes d'accueil et d'hébergement ;

5) et enfin, anticiper les évolutions socioéconomiques pour préserver l'autonomie.

La chambre souligne la qualité du diagnostic territorial contenu dans le schéma, mais relève que ce document est désormais caduc, puisque adopté pour la période 2018-2023. Si la CTM a indiqué à la chambre que ce schéma était en cours de renouvellement, cette dernière rappelle la nécessité et l'urgence d'une telle stratégie pour la période 2026-2030, à l'aune du choc démographique auquel l'île est désormais confrontée.

Encadré n° 1 : Le schéma de l'autonomie de la Martinique (2018-2023)

Le schéma de l'autonomie 2018-2023 a constitué un document de référence pour permettre de prendre en compte les besoins convergents identifiés pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Ainsi, l'accompagnement à domicile, l'aide aux aidants, la mobilité, l'accès aux droits, ont représenté des enjeux majeurs et communs pour le développement de l'autonomie en Martinique, même si les réponses qui y ont été apportées se sont heurtées à plusieurs contraintes budgétaires.

Sa forte dimension partenariale, l'ensemble des opérateurs des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ayant participé, a permis de définir cinq grands axes desquels ont découlé 15 objectifs opérationnels, déclinés en 22 actions prioritaires.

Ce schéma a promu des réponses pouvant être différenciées selon les zones géographiques ou secteurs de l'île.

Toutefois, les axes prioritaires n° 2 « *faciliter les parcours de vie pour maintenir l'autonomie* » et n° 3 « *renforcer l'accompagnement à domicile et l'aide aux aidants* » se sont largement développés pendant la période 2018-2023 au détriment des besoins en établissement, qui ne font l'objet, dans ce document, que d'une cartographie et d'une annexe du schéma.

Sur le fond, la chambre insiste sur la nécessité d'opérer un rééquilibrage entre le

maintien à domicile et l'entrée en Éhpad, dont l'insuffisance de places va se faire

sentir dès à présent, et continuera à s'amplifier par la suite à compter de 2030. Elle rappelle la nécessité de poursuivre la mise en œuvre complète du schéma qui incluait une augmentation des places en établissement dans le prochain, telle que prévue par les projections minimales inscrites dans ce schéma (cf. point 1.2.3.).

1.2.2 Une Agence régionale de santé de Martinique qui a favorisé le maintien à domicile

L'État, représenté par l'Agence régionale de santé (ARS) de Martinique constitue l'autre autorité de tarification des Éhpad relative aux soins. Son action s'inscrit principalement dans le cadre du plan régional de santé (PRS) prévu par les dispositions de l'article L. 1434-1 du code de la santé publique (CSP). Selon l'article L. 1434-2 de ce code, le PRS est notamment constitué : « 1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ; 2° D'un schéma (...) établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels (...) ».

Dans le cadre du PRS, établi pour la période 2023-2028, l'État, à travers l'ARS, place la prévention, le maintien à domicile, la coordination des acteurs et l'innovation au cœur de sa stratégie pour répondre aux défis liés à la santé des personnes âgées. Il s'agit notamment de :

- améliorer le parcours de santé des seniors afin de prévenir la perte d'autonomie et favoriser le maintien à domicile, au travers par exemple, du

dépistage précoce des problèmes sanitaires liés à l'âge ;

- favoriser la création de petites unités de vie (PUV) dans les établissements pour personnes âgées et le développement des unités cognitivo-comportementales (UCC) ;
- assurer une coordination renforcée entre les différents acteurs du territoire à travers des projets alliant structuration des filières spécialisées et dialogue inter-secteur avec la création, en 2025, d'un gérontopôle, centre ressources et ensemblier au service de la prise en charge du vieillissement en Martinique ;
- mettre en place une « équipe régionale vieillissement » visant à coordonner les professionnels du territoire martiniquais.

L'article L. 1434-2 du CSP prévoit, en son III, que, pour les Éhpad, le schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec le schéma de l'autonomie de la CTM précité. Or, la chambre relève que ni ce dernier adopté par la CTM en 2018, ni le PRS arrêté par l'ARS en 2023, ne sont synchronisés, ni ne traitent explicitement de la programmation de places en Éhpad et en unités spécialisées (unités d'hébergement renforcé - UHR, unités pour les personnes âgées touchées par la neurodégénérescence). Leurs objectifs respectifs apparaissent ainsi insuffisamment cohérents entre eux. À titre illustratif, si l'accueil spécialisé pour les malades d'Alzheimer, ou encore le développement des petites unités de vie sont inscrits dans ce plan pluriannuel de l'État, les orientations qu'il développe en son sein ne sont articulés avec aucune de celles du schéma de l'autonomie de la CTM. En outre, si le schéma de l'autonomie prévoit le développement de l'accueil de jour en Éhpad, le PRS n'en fait pas mention, y

compris pour les publics atteints par la maladie d'Alzheimer.

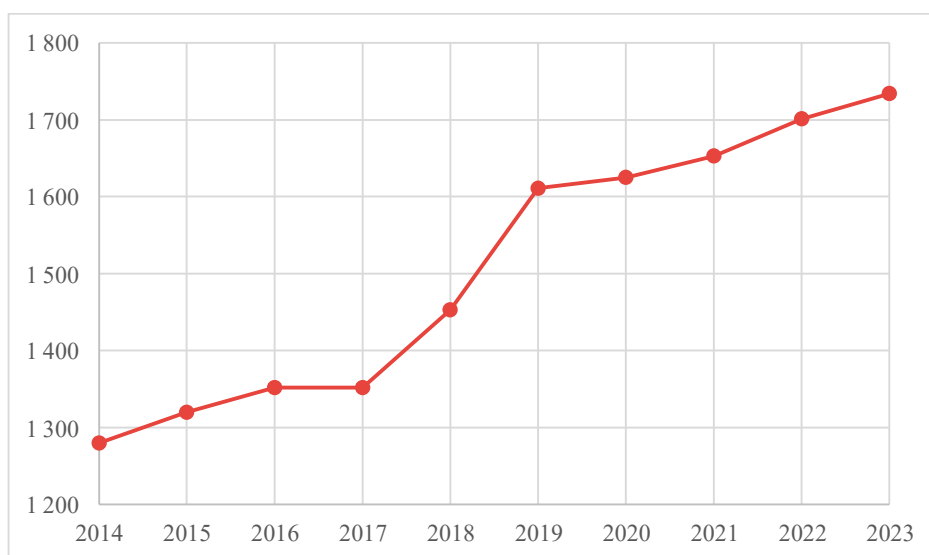
1.2.3 Une offre de services et de soins liée à la dépendance en dessous des besoins réels

Le schéma de l'autonomie pour la période 2018-2023 avait, dans son annexe relative aux besoins en établissement, estimé notamment que « si la CTM envisage de disposer de taux d'institutionnalisation similaires à ceux du niveau national, il faudrait ainsi créer plus de 4 700 places d'ici 2023. Ce chiffre

dépasse les 5 000 si on considère l'horizon 2028 et atteint près de 6 000 dans le cas où la dépendance évoluerait (...) selon un [scénario pessimiste] ».

Or, à ce stade, force est de constater que la situation actuelle, avec un volume de moins de 2 000 places, ne répond à aucun des défis analysés dans le schéma, dont l'ampleur s'est encore accrue sous l'effet du choc démographique en cours. Le graphique ci-dessous met ainsi en lumière l'évolution du nombre de lits ou de places en établissement en Martinique, lequel demeure en-deçà des exigences relevées par la collectivité martiniquaise elle-même.

Graphique n° 3 : évolution du nombre de lits en Éhpad en Martinique



Source : CRC de Martinique, d'après données Insee ([Nombre de places en Éhpad - Martinique | Insee](#))

Ce constat est d'autant plus préoccupant que la gouvernance de la politique de l'autonomie en Martinique a été affectée par des difficultés propres aux autorités de tarification : des contraintes budgétaires pour la CTM et des mouvements de personnels à la direction générale de l'ARS. De plus, la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, dite « loi bien vieillir », a créé

au 1^{er} janvier 2025 un service public départemental de l'autonomie (SPDA), qui implique notamment la définition de territoires de l'autonomie au niveau infra-départemental, et l'émergence d'un guichet unique devant faciliter les démarches engagées par les personnes âgées, d'accès aux services d'aide sociale, de santé ou d'accompagnement à domicile.

Or, la chambre a constaté que ce SPDA n'a pas été encore mis en place en

Martinique, en fin d'année 2025. Pourtant, l'insuffisance de places en Éhpad évoquée précédemment constitue un thème central de la réflexion du futur SPDA.

Face à ce constat, les deux acteurs CTM et ARS ont indiqué, au moment de la

rédaction de cette enquête, que plusieurs groupes de travail avaient vocation à être déployés en 2026, afin de définir une politique de gouvernance de l'autonomie. La chambre en prend acte.

2 UNE QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE SATISFAISANTE MAIS PERFECTIBLE

2.1 La qualité : définition réglementaire et perception par les résidents, leurs familles et les professionnels

La notion de qualité des prises en charge et de l'accompagnement constitue un pilier du fonctionnement des Éhpad, véritables lieux de vie : ils doivent se conformer aux exigences issues du CASF et du CSP, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, à savoir les outils et conseils fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

(ANAP), et les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Parallèlement au contrôle des sept Éhpad et du Sad, la chambre a conduit, en collaboration avec les huit établissements et services, une enquête de satisfaction auprès des usagers, de leurs proches et des professionnels (cf. annexe n° 3) portant sur la qualité de l'accompagnement et des prises en charge assurées en leur sein, dont les principaux enseignements sont exposés au point 2.1.2.

2.1.1 La notion de qualité des prises en charge est définie par sept principes consacrés par la loi

Schéma n° 1 : les sept outils issus de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

LA LOI 2002-2 DU 2 JANVIER 2002 RENOVANT L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

7 outils



Source : Cour des comptes

Au cours de ses investigations, la chambre a observé au sein des établissements contrôlés une évolution encourageante vers une plus grande formalisation des pratiques professionnelles, favorisant la traçabilité des décisions et de la prise en charge des résidents.

Si cette formalisation, récente, est pertinente, il n'en demeure pas moins que, selon la chambre, les exigences issues de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ne sont, pour certaines d'entre elles, près de vingt-cinq ans après son adoption, toujours pas respectées ou insuffisamment appliquées.

La chambre a, par suite, identifié plusieurs carences, insuffisances, ou irrégularités au sein de la majorité des établissements de l'échantillon.

2.1.2 La qualité perçue par les résidents, leurs familles et les professionnels : enjeux et méthodologie de l'enquête de satisfaction conduite par la chambre

La chambre a diffusé, sous format papier et numérique, l'enquête de satisfaction auprès des huit établissements et services de l'échantillon. Elle s'est adressée aux résidents, à leurs familles et aux professionnels, qui représentent une population totale de 420 résidents en Éhpad, de 300 bénéficiaires du Sad et de 450 professionnels, sans que la population des proches et familles ne puisse être évaluée¹⁴. Chaque population cible a fait l'objet d'un questionnaire spécifique. La chambre a reçu

un nombre significatif de réponses¹⁵. Cette enquête fait ressortir une appréciation globalement positive de l'accompagnement au sein des huit établissements et services, en particulier du point de vue des résidents (qui sont très satisfaits à 80 %) et des professionnels. Les résultats soulignent, avant tout, l'existence d'un socle relationnel et humain solide, propice à la qualité de vie et de prise en charge des résidents.

Toutefois, cette perception positive est nuancée par plusieurs fragilités récurrentes. Les résidents et leurs familles soulèvent des difficultés liées aux conditions matérielles (température, sécurité), à la restauration (variété, quantité, absence d'alternatives), ainsi qu'à la gestion administrative, en particulier la facturation des séjours. Les professionnels, quant à eux, identifient les conditions d'organisation du travail et les effectifs comme le principal facteur de tension, voire de souffrance, susceptible d'altérer la qualité de l'accompagnement.

Enfin, le taux de recommandation des établissements et services contrôlés exprimé par les familles lors de cette enquête, qui oscille entre 55 % et 100 %, confirme que les établissements disposent, possiblement, de marges d'amélioration significatives, en dépit d'une appréciation globalement favorable. Il faut aussi nuancer ces constats : en termes de représentativité, l'analyse de cette enquête est à mettre en rapport avec le taux de réponse de chaque établissement et demeure, par suite, difficilement représentative. En outre, 83 % des réponses des résidents ont été rédigées avec l'aide d'un proche ou d'un soignant, pouvant potentiellement influencer l'orientation des réponses.

¹⁴ La population cible, liée aux familles des résidents ou à leurs proches, ne peut être évaluée mathématiquement et ne résulte que d'une appréciation empirique.

¹⁵ La chambre a reçu près de 280 réponses, tous publics confondus : une cinquantaine de la part des usagers, soit 12 % de retours, 80 réponses de la part des familles, et enfin, 150 réponses de la part des agents et salariés des Éhpad et du Sad, soit un taux de retour d'environ 33 %.

En tout état de cause, s'agissant des points spécifiques de la tarification, des droits du résident, du parcours patient, de la charte du résident, du contrat de séjour, ou encore du document sur les directives

anticipées, les résultats de l'enquête mettent en exergue, dans tous les établissements sans exception, des informations manquantes dans de très nombreux cas.

Encadré n° 2 : La perception des professionnels : des personnels globalement satisfaits... malgré une certaine souffrance institutionnelle

Un grand nombre d'agents et de salariés des ESSMS a pris part à l'enquête, puisque 150 réponses sont parvenues à la chambre régionale des comptes. Les professionnels des deux Éhpad Gran Moun et Bethléem ont le plus fort taux de représentativité des réponses. Le constat général est, en premier lieu celui d'une excellente relation et d'un lien dynamique et vivant que ces professionnels entretiennent avec « *leurs* » résidents. C'est au sein de l'Éhpad Bethléem et du Sad Alliance que le lien avec les résidents apparaît le plus fort.

Toutefois, les salariés répondants déplorent un manque de formation professionnelle régulière, qu'elle soit individuelle ou collective, pour améliorer leurs compétences. Ce sont surtout les agents des Éhpad du François et l'Orchidée qui mettent en avant cette insuffisance.

En deuxième lieu, les répondants se sont souvent plaints d'un manque de communication, voire de soutien de la part de leur hiérarchie. En dépit de ce constat, la tendance générale du bien-être au travail se vit dans tous les établissements à différents degrés. C'est l'Éhpad Floréa qui recueille la meilleure notation sur l'ambiance de travail entre professionnels.

En dernier lieu, l'enquête a révélé une défaillance relative dans les conditions organisationnelles de travail (horaires, organisation des plannings de service, roulement, remplacement des personnels, etc.), ou matérielles (manque de ressources, de matériel, etc.) pouvant entraîner une certaine « *souffrance institutionnelle* » au travail. À cet égard, certains agents ont relevé une très faible écoute de la part de leur direction, voire une insatisfaction sur la qualité managériale des cadres de direction.

2.2 La Martinique connaît une forte demande d'admissions en Éhpad

2.2.1 Des demandes d'admission nombreuses...

Selon le modèle « *Livia* » développé par la Drees¹⁶, en 2021, la part des personnes de 75 ans ou plus parmi les

personnes de 60 ans et plus est de 34 % en Martinique. En 2050, cette part devrait atteindre 59 %, soit près du double. De plus, à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie importante, voire sévère, non susceptibles d'être prises en charge à domicile, devrait croître de 3 800 personnes *a minima* par rapport à l'année 2021. À plus long terme, l'évolution 2021-2050 de ce chiffre laisse apparaître une augmentation de 9 500 personnes âgées dépendantes supplémentaires. Dans ces conditions, la demande de places en

¹⁶ Ministère de la santé et des solidarités, « *perte d'autonomie : données départementales et régionales* », Drees, sous-direction de l'observation de la solidarité, bureau du handicap et de la dépendance, 2025, pp. 88-92.

établissement est appelée à croître en Martinique. Dans une majorité d'entre eux, une liste d'attente existe et s'est d'ailleurs allongée durant les dernières années, démontrant un accroissement très significatif du nombre de personnes âgées en attente de places¹⁷. Toutefois, la gestion des demandes d'admission en établissement demeure hétérogène et peut être analysée en trois groupes d'Éhpad contrôlés :

- un premier groupe d'établissements¹⁸ dans lesquels la liste d'attente est formalisée, et adossée à une procédure d'admission des résidents, avec au final, au vu d'un dossier d'entrée en Éhpad complet, une prise de décision d'admission émanant d'une commission pluridisciplinaire présidée par le chef d'établissement, et chargée notamment de l'évaluation gériatrique, conforme aux prescriptions de l'article L. 311-4 du CASF ;
- un second groupe d'établissements¹⁹ disposant d'une procédure d'admission d'un résident très succincte et ne décrivant pas davantage les différentes missions des professionnels de l'établissement impliqués dans la procédure d'admission. Cette procédure d'admission n'est d'ailleurs souvent pas articulée avec le règlement de fonctionnement de l'Éhpad, ni avec aucune autre documentation institutionnelle sur l'admission du résident ;
- un troisième groupe d'établissements²⁰ pour lesquels la procédure d'admission

est inexistante, ou à tout le moins, inopérante : non mise à jour, la liste d'attente n'est clairement pas utilisée, et aucune gestion prévisionnelle des arrivées au sein de l'établissement ne peut être démontrée. Dans ce cas, si une commission d'admission pluridisciplinaire peut statuer sur l'admission, en présence du futur résident et de sa famille, le fonctionnement de cette instance s'avère peu formalisée.

2.2.2 ... dont le traitement et le délai de prise en charge sont difficiles à évaluer

Dans la majorité des cas, les établissements n'ont peu ou pas été en capacité de justifier, auprès de la chambre, des délais précis entre l'inscription sur liste d'attente et l'admission réelle du résident²¹. Par ailleurs, il résulte de l'instruction menée par la chambre qu'aucun des huit ESSMS n'utilise le progiciel « *ViaTrajectoire* », notamment son module « *Grand âge* », pourtant déployé au plan national, dont l'objet est de centraliser les demandes des familles ou personnes âgées elles-mêmes, et de permettre un suivi en temps réel des dossiers d'admission en Éhpad. L'utilisation de ce progiciel, pourtant disponible nationalement depuis 2022, est

¹⁷ V. par exemple sur ce point le cas de l'Éhpad du Prêcheur, avec une liste de 31 demandes en 2021, contre 161 demandes en 2025, soit + 419 % sur la période analysée 2021 à 2025.

¹⁸ V. par exemple Éhpad du Prêcheur, Éhpad du François, Éhpad l'Oasis.

¹⁹ V. par exemple Éhpad Bethleem, Éhpad Floréa.

²⁰ V. par exemple Éhpad Gran Moun, Éhpad l'Orchidée.

²¹ En revanche, il résulte de l'instruction, et cela n'est d'ailleurs pas discuté par les établissements, que, une fois le dossier de demande déclaré complet, les délais d'admission sont, souvent, rallongés par le temps de traitement des demandes d'APA et d'ASH, ces délais pouvant osciller de plusieurs semaines à six ou sept mois.

désormais exigée par l'ARS pour les Éhpad, depuis novembre 2025²².

Cette situation prive, selon la chambre, les demandeurs de toute visibilité sur l'état d'avancement de leur dossier et limite leur capacité à se réorienter vers d'autres Éhpad, en fonction des disponibilités existantes.

À cet égard, la chambre rappelle les établissements à leur obligation en la matière.

2.3 Des capacités d'accueil conformes aux autorisations d'activités

La chambre relève que dans les huit ESSMS, les occupations au sein des structures sont conformes aux autorisations délivrées.

2.3.1 Des taux d'occupation satisfaisants

Le suivi des données d'occupation entre 2021 et 2025 pour les établissements

contrôlés, fait apparaître une évolution globalement très satisfaisante du nombre de lits réellement occupés. À cet égard, l'occupation des places, dénommé « *taux d'occupation des capacités* » (TOC) oscille, au cours de la période sous revue, entre 78 % et 100 %, souvent supérieure à la cible nationale habituelle (93 % pour les Éhpad privés et 95 % pour les structures publiques). Il n'a par ailleurs été relevé aucune suroccupation majeure des capacités d'accueil autorisées par les autorités de contrôle (ATC) que sont l'ARS et la CTM, à l'exception d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) autorisée pour 14 places, alors que 17 résidents sont présents, pour lesquels la chambre a invité l'établissement à régulariser la situation²³. Le Sad Alliance n'a, quant à lui, ni dépassé ni sous-utilisé sa capacité de prise en charge de bénéficiaires, de l'ordre de 300 personnes âgées à domicile en rythme annuel.

Pour l'année de référence 2024, les TOC, calculés par la chambre à partir des données communiquées par les Éhpad sont les suivants :

Tableau n° 1 : taux d'occupation des Éhpad

Dénomination	Taux d'occupation
Éhpad du Prêcheur	97,1 %
Éhpad l'Oasis	100 %
Éhpad du François	78 %
Éhpad Gran Moun	90 %
Éhpad l'Orchidée	100 %
Éhpad Bethleem	100 %

²² Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025 relatif aux missions et conditions d'exercice des infirmiers et médecins coordonnateurs en Éhpad.

²³ Situation, qui outre son caractère non conforme au plan réglementaire, conduit à un sous financement de l'Éhpad au titre de la dotation spécifique aux UHR, l'accueil réel n'étant pas couvert totalement par cette dotation.

Dénomination	Taux d'occupation
Éhpad Floréa	100 %
Sad Alliance	100 %

Source : CRC de Martinique, selon les documents budgétaires transmis par les Éhpad et le Sad

Pour certains Éhpad, la chambre a pu vérifier que la baisse ponctuelle, en 2024 ou encore en 2025, du TOC est liée à la réalisation de travaux de rénovation réalisés au sein des établissements, qui ont temporairement limité la capacité d'accueil. Par ailleurs, les diminutions significatives du TOC sont imputables à une inadaptation structurelle du bâti, entraînant un manque d'attractivité, qui reste relatif, ou liées à l'absence d'adéquation des capacités bâtimementaires au public accueilli, et pourtant autorisé au plan administratif. C'est le cas notamment de locaux parfois peu adaptés aux résidents atteints de maladies neuro-dégénératives, cette situation entraîne, par suite, une sous-occupation des locaux de l'Éhpad.

2.3.2 Un dispositif de labellisation des unités Alzheimer ou protégées qui devrait être davantage circonscrit

La majorité des Éhpad de l'échantillon retenu par la chambre dispose d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), d'une UHR, ou des deux. Ces unités accueillent, pour les premières, des résidents qui nécessitent une attention particulière, en raison des troubles neurodégénératifs ou apparentés (de type démence sénile ou maladie d'Alzheimer) dont ils sont l'objet, ou, pour les secondes, des personnes âgées qui ont des troubles du comportement susceptibles de mettre en danger leur vie ou celle des autres résidents.

Or, lors de ses visites, la chambre a pu constater que certaines places dédiées en

UHR pour les malades d'Alzheimer étaient occupées par des personnes présentant d'autres troubles du comportement. C'est le cas par exemple à l'Éhpad du Prêcheur. De même, à l'Éhpad L'Oasis, le PASA dont le fonctionnement est normalement prévu cinq jours sur sept, du lundi au vendredi de 9h30 à 16h30, a dû fermer régulièrement, comme durant l'été 2025, faute de personnel disponible pour encadrer les résidents. L'activité du PASA a constitué, selon la chambre, une variable d'ajustement alors même qu'il bénéficie de financements dédiés qui ne doivent pas être utilisés *de facto* pour pallier au fonctionnement courant d'autres activités de l'Éhpad.

Cette utilisation de places en unité protégée pour des résidents au profil différent de ceux pour lesquels elles ont été conçues, reflète indirectement la pression sur l'offre d'hébergement. Cette pratique constatée à l'Éhpad du Prêcheur, constitue plutôt une réponse pragmatique à la saturation de la capacité d'accueil de l'établissement. Cette situation n'est, en tout état de cause, pas sans conséquence financière sur les dotations dévolues aux Éhpad.

Ce constat conduit la chambre à s'interroger sur l'adéquation entre les besoins de la population martiniquaise et le dimensionnement des UHR et des PASA. Il appartient aux autorités de tarification d'apprécier si les besoins justifient le maintien ou le développement de ces dispositifs bénéficiant de financements spécifiques ou, à l'inverse, si ceux-ci accueillent des résidents dont le profil ne correspond pas aux critères attendus, faute de solutions plus adaptées. Cette analyse

devrait conduire, le cas échéant, à adapter l'offre médico-sociale.

2.4 Des locaux adaptés, dans l'ensemble, à l'accueil de résidents de plus en plus dépendants

La chambre a procédé, au cours de ses investigations, à plusieurs visites des sites d'implantation des huit ESSMS contrôlés. Il en résulte, globalement, une adéquation correcte des locaux aux besoins des résidents, avec toutefois des capacités bâtimentaires qui gagneraient parfois à être renouvelées, ou qui demeurent fragiles au plan technique et à celui de la vétusté.

2.4.1 Des bâtiments assez récents, adaptés aux besoins évolutifs des résidents mais qui comportent certaines fragilités

L'organisation des locaux visités par la chambre apparaît globalement adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes, certains sont neufs, d'autres sont correctement entretenus, enfin les derniers sont vieillissants. La chambre a également relevé lors de ses visites, l'existence de malfaçons (barre de sécurité sur du placo, douches à l'italienne mal pentées, portes fragiles, citernes mal positionnées) ; ainsi que des signes marginaux mais avancés de vétustés (infiltrations, état dégradé des canalisations etc.).

La chambre souligne, qu'aucun des Éhpad contrôlés ne dispose de plan pluriannuel d'investissement (PPI), ni de

plan de maintenance préventive des locaux. Certes, certains établissements²⁴ ont produit des tableaux récapitulatifs de travaux d'investissement à réaliser, ceux-ci sont dépourvus de toute échéance ou de suivi. De ce fait, de l'avis de la chambre, des adaptations qualitatives du bâti doivent être poursuivies dans la plupart des établissements contrôlés, en s'appuyant notamment sur le cadre pluriannuel de contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (cf. chapitre 3).

Pour la chambre, ces insuffisances, bien que limitées, peuvent réduire la qualité de vie des résidents, au quotidien, mais aussi compliquer le travail journalier des professionnels, et affecter la perception globale de l'établissement.

2.4.2 Une propreté et un aménagement des locaux corrects, mais qui souffrent d'un défaut de planification pour être optimisés

Les visites de la chambre ont permis de réaliser plusieurs constats. D'abord, en ce qui concerne l'entretien des locaux, les huit ESSMS, y compris le Sad Alliance pour les espaces administratifs et d'accueil, est satisfaisant. Les Éhpad en particulier, présentent un bon état général, en comparaison d'un mauvais état des locaux, relevé dans l'Hexagone dans plusieurs rapports d'observations définitives des chambres régionales et territoriales des comptes²⁵. La chambre note, que quatre établissements ont externalisé les prestations de nettoyage, deux établissements gèrent ces missions en interne, et deux ont opté pour une semi-externalisation. Il ressort que les prestations

²⁴ C'est le cas notamment de l'Éhpad l'Orchidée.

²⁵ V. par exemple, CRC Centre Val-de-Loire, Éhpad les hirondelles de Dordives, département du Loiret, 29 septembre 2023.

totallement externalisées ont une conséquence importante dans la mesure où les aides-soignants pallient les situations d'urgence, dès lors que les personnels externalisés ne sont pas présents en continu dans les locaux des établissements.

Ensuite, l'aménagement des espaces, répond aux exigences de l'enquête Drees en ce qu'ils sont sécurisés pour la plupart d'entre eux et équipés de système de vidéosurveillance, ou de systèmes de sas, le cas échéant afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles du comportement²⁶.

En ce qui concerne les superficies des chambres elles sont comprises entre 14 et 29 m², et aménagées pour certaines d'entre elles, pour les personnes à mobilité réduite. Toutefois, la chambre a constaté une dégradation progressive de l'état des meubles, des salles de bains individuelles notamment, dans les bâtiments anciens ou vétustes. La chambre relève, à cet égard, que le maintien de chambres dégradées au sein de certains Éhpad de l'échantillon méconnaît les dispositions de l'article L. 1331-22 du CSP et a invité les dirigeants à remédier aux désordres, marginaux il est vrai, en la matière. Le niveau de personnalisation des chambres des résidents est globalement assez faible²⁷, alors mêmes qu'elles constituent le logement des personnes âgées dépendantes même si certains établissements la favorisent, en permettant aux résidents d'apporter leur propre mobilier²⁸.

Par ailleurs, la chambre a constaté que l'ensemble des établissements dispose de la climatisation dans tout ou partie des espaces communs. En outre, certains Éhpad²⁹ ont installé des climatiseurs dans la totalité des chambres, ce qui constitue un élément de confort supplémentaire adapté au climat tropical humide de la Martinique.

La chambre observe que les éléments décrits ci-avant sont conformes aux résultats nationaux issus de l'enquête quadriennale Drees (la dernière datant de l'année 2023), notamment sur le volet relatif « *aux caractéristiques du bâti, configuration, équipements et accessibilité des établissements d'hébergement pour personnes âgées* ». Les établissements contrôlés répondent, de ce point de vue, aux normes réglementaires et aux exigences de qualité technique mises en exergue dans cette enquête nationale³⁰.

2.5 Une qualité de service réelle mais difficile à mesurer

Au cours de ses investigations, la chambre a relevé que la qualité de la prise en charge des résidents repose avant tout sur l'investissement des équipes et sur un cadre matériel globalement satisfaisant, adapté à un public très dépendant. Toutefois, selon elle, l'organisation médico-soignante présente, dans la plupart des Éhpad de l'échantillon, des faiblesses importantes : présence du médecin coordonnateur limitée voire insuffisante, encadrement soignant

²⁶ La chambre a pu toutefois constater que, dans de rares cas, les systèmes de sas pouvaient être défectueux, ce à quoi les établissements se sont engagés à y remédier. La chambre a également relevé que la sécurisation insuffisante de certains balcons, notamment dans les unités protégées, expose les usagers à des risques de fugues ou d'intrusions.

²⁷ V. par exemple l'Éhpad l'Oasis ou l'Éhpad du François.

²⁸ V. par exemple l'Éhpad du Prêcheur, ou encore l'Éhpad Bethléem.

²⁹ V. par exemple l'Éhpad l'Oasis où la climatisation ne fait l'objet d'aucun supplément, car elle est intégrée dans le prix de séjour.

³⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/les-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>

peu documenté, continuité des soins parfois défaillante, formalisation insuffisante des procédures internes de prise en charge des usagers. Ces lacunes organisationnelles ayant des répercussions sur la qualité de service sont exposées ci-après.

2.5.1 L'animation : un point fort des Éhpad en Martinique

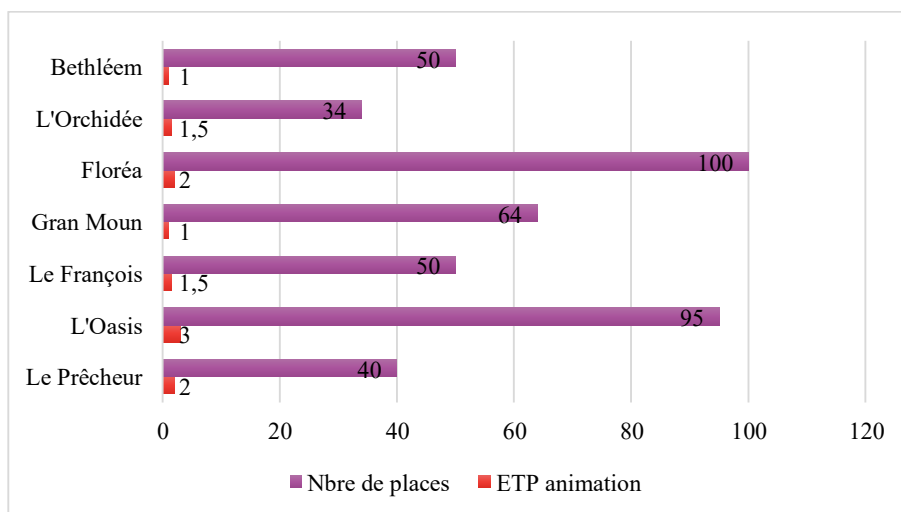
Au cours de ses visites, la chambre a pu analyser que l'animation et les activités proposées aux résidents sont abondantes et de qualité, les sept Éhpad ayant engagé une politique volontariste dans le déploiement d'activités collectives pour la plupart adaptées aux profils des résidents, ou même individuelles, s'inscrivant aussi dans un parcours thérapeutique du résident. Il y a lieu à ce stade d'en faire une analyse plus fine, tant sur le plan des moyens humains et budgétaires que sur celui des perspectives

de développement, désormais fragilisées par les contraintes budgétaires et l'absence de soutien pluriannuel (CPOM).

2.5.1.1 Des moyens humains et budgétaires importants déployés dans tous établissements de l'échantillon

La chambre a analysé les moyens en équivalent temps plein (ETP) dédiés à l'animation en faveur des résidents. Il s'agit principalement d'animateurs diplômés, d'aides-soignants ou d'auxiliaires de vie, auxquels s'adjoignent, plus rarement, des professeurs d'activités physiques adaptées, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. Il en résulte un ratio significatif d'ETP dans l'ensemble des établissements de l'échantillon, variant entre un et trois ETP comme indiqué ci-après.

Graphique n° 4 : ETP d'animation par Éhpad par nombre de places autorisées



Source : CRC de Martinique selon documents transmis par les Éhpad

Les activités proposées sont hétérogènes : activités physiques adaptées, expression corporelle, art-thérapie, ateliers mémoire, etc. les sorties ou visites extérieures (parcs, musées, etc.) étant plus rares, compte tenu des moyens humains à

mobiliser et de la logistique y afférent. Les Éhpad contrôlés ont mis en place des programmes d'animation structurés et diversifiés, dont l'objet principal est de dynamiser la vie sociale au sein des

établissements, et de favoriser le bien-être des résidents.

En revanche, les établissements contrôlés n'ont pas été en capacité, pour la plupart, de justifier des financements dévolus à la politique d'animation, de manière documentée, et se sont bornés souvent à produire des conventions de prestations d'animation ou de partenariat sur ce champ. Toutefois, une minorité d'établissements³¹ a pu présenter une analyse fine du budget dédié à l'animation, y compris des prestations payantes et la masse salariale interne à l'Éhpad. Ces budgets sont imputés sur la section « *hébergement* ».

2.5.1.2 Des activités d'animation fragilisées au plan budgétaire, voire dénuées de toute stratégie d'ensemble

La chambre a pu constater une attitude volontariste des établissements concernant l'animation. Cependant, la diminution budgétaire de 6,57 % par la CTM du tarif hébergement en 2025, sur lequel est imputé majoritairement le programme d'actions d'animation, menace, selon la majorité des dirigeants des Éhpad, la pérennité de la fonction. La chambre souligne que la mise en œuvre obligatoires des CPOM permettrait de sécuriser ces dispositifs.

Cet élément est d'autant plus problématique que, selon la chambre, les programmes d'animation, leurs moyens humains et financiers, et leur évaluation ex-

post, ne font l'objet d'aucune stratégie formalisée, ni d'insertion réellement stratégique dans le projet d'établissement, à quelques exceptions³² près. Ainsi, dans la moitié des établissements, les animateurs ne disposent pas d'une visibilité sur le budget d'animation et n'intègrent pas systématiquement la dimension financière dans la construction de leurs programmes.

En conséquence, la chambre rappelle l'importance de mieux formaliser les plans d'action en matière d'animation, les moyens qui y sont consacrés, et dont l'utilité permet à la fois de ralentir le déclin cognitif, de dynamiser la vie sociale de l'établissement et de pallier, souvent, les liens familiaux distendus.

2.5.2 **Des professionnels présents et impliqués malgré la faible attractivité du secteur médico-social**

2.5.2.1 Des difficultés de recrutement qui restent moins criantes que dans l'Hexagone

Le personnel des Éhpad est composé de cadres administratifs, de personnels soignants (médecins, infirmières, aides-soignants), d'agents techniques et d'animation. La chambre a examiné le ratio des effectifs pour déterminer le taux d'encadrement au « *chevet* »³³, c'est-à-dire directement impliqué dans la prise en charge des soins et l'accompagnement des résidents. Dans l'échantillon martiniquais

³¹ V. par exemple, l'Éhpad du François.

³² V. sur ce point l'Éhpad Oasis, l'Éhpad Bethléem, ou encore l'Éhpad du François. Dans ces établissements, la chambre relève que les activités d'animation sont formalisées et font l'objet d'un plan d'actions précis, déployé selon un calendrier déterminé.

³³ Le taux d'encadrement au chevet correspond concrètement à la somme des ETP intervenant directement auprès des usagers pour les soins et l'accompagnement quotidien, divisée par le nombre de résidents effectifs au sein de chaque établissement.

retenu par la chambre, ce ratio oscille entre 0,32 et 1,19 ETP par résident, soit parfois au-delà de la référence nationale minimale de 0,8 ETP recommandée par la Défenseure des droits³⁴ ou à celui de 0,7 ETP retenu au plan national par l'Anap.

Il en résulte que, dans les établissements contrôlés, la prise en charge directe au chevet des résidents constitue un atout dans la qualité. Ce constat doit toutefois être tempéré : ce niveau d'encadrement demeure en effet théorique compte-tenu des difficultés de gestion du personnel constatées au sein des Éhpad pour les absences et les remplacements notamment.

De plus, cette situation favorable de ratio « *au chevet* » ne saurait masquer l'existence de pénuries de recrutement du personnel médico-soignant, comme dans l'Hexagone, bien que ces carences apparaissent moins importantes que sur le reste du territoire national³⁵. Les établissements de l'échantillon peuvent être regroupés en deux groupes, dont les caractéristiques sont les suivantes :

- un premier groupe d'Éhpad³⁶ dans lesquels l'attractivité de l'établissement reste faible du fait de son isolement géographique et de la pénibilité de certains postes (aides-soignants, infirmiers, psychologue). En réponse, les directions d'établissement instaurent souvent un cycle de travail de 12 heures pour les aides-soignants, pour améliorer la conciliation vie privée-travail. Elles mettent aussi en place, parfois, un partenariat avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT), afin de rechercher du personnel ;

- un second groupe d'Éhpad³⁷ dans lesquels l'attractivité de l'établissement est plus forte, en raison de leur situation géographique centrale, ou bien desservie, ce qui n'empêche pas de constater au demeurant, une formalisation assez faible des procédures de recrutement ou de remplacement³⁸. Cela n'empêche pas les directions d'établissements de faire état d'un absentéisme structurel et de difficultés récurrentes de planification.

Quelle que soit la situation, la chambre a pu relever, au cours de ses visites, que les équipes des Éhpad témoignent d'un engagement fort et d'une grande capacité d'adaptation, et ce en dépit, parfois, de l'instabilité des équipes, qui peut menacer, le cas échéant, la qualité de l'accompagnement. Les directions ont ainsi souligné leur difficulté à stabiliser les jeunes recrues (infirmiers, kinésithérapeutes, agents de service hospitalier), comme dans l'Hexagone.

2.5.2.2 Des médecins coordonnateurs présents au sein des établissements

L'article D. 312-156 du CASF dispose que « [...] tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [...] doit se doter d'un médecin coordonnateur. [...] / le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : - un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;

³⁴ Défenseure des droits, « *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad* », rapport de 2021.

³⁵ V. Drees, *Le taux d'encadrement dans les Ehpad, ses déterminants et ses alternatives*, dossier n° 68, décembre 2020

³⁶ L'on peut citer ici l'Éhpad du CH du Prêcheur ou celui du CH du François.

³⁷ L'on peut citer ici, l'Éhpad Gran Moun, ou encore celui de l'Orchidée.

³⁸ V. par exemple l'Éhpad Bethléem.

- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ; [...]

Dans l'ensemble des Éhpad de l'échantillon la chambre constate la présence effective d'un médecin coordonnateur, à la différence de la situation hexagonale. Leur ancienneté au sein de chaque établissement tend à conforter une certaine permanence des soins et de la coordination gériatrique. Néanmoins, la quotité de travail de ce médecin a pu faire l'objet d'observations de

la part de la chambre, sur le non-respect du seuil défini à l'article D. 312-156 précité, ce dans quatre établissements sur sept. Bien que ces écarts demeurent limités, en 2026, ce ratio oscille au sein de l'échantillon retenu par la chambre, entre 0,37 ETP à 0,6 ETP de médecin coordonnateur.

Ce taux d'emploi doit être relativisé, notamment face à la pénurie de médecins spécialisés en gériatrie. En outre, le cumul, comme il est d'usage, des fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant des résidents, conjugué à un temps de présence limité au sein de chaque établissement, pose question quant à l'adéquation entre les moyens mobilisés et les besoins d'Éhpad particulièrement médicalisés, et dont le public relève principalement des Gir 1 à 3 (cf. également partie 3 sur le financement de la dépendance).

Encadré n° 3 : Le Gir et le Pathos : que cela signifie-t-il ?

Le Gir (ou groupe iso-ressources) est un indice qui mesure le niveau de dépendance des personnes âgées. Il va de 1 à 6 :

Gir 1 : personne totalement dépendante (lit médicalisé, aide constante) ;

Gir 2–3–4 : dépendance partielle, besoin d'aide régulière ;

Gir 5–6 : personnes davantage autonomes.

Ainsi, les résidents d'un Éhpad, selon leur niveau de dépendance, autrement dit selon leur degré d'autonomie, sont répartis selon leur Gir, ce qui permet d'estimer à la fois la charge de travail du personnel, le niveau de soins requis et, enfin, la dotation financière attribuée par les autorités de tarification.

La moyenne des classements (ou « *Girage* ») des résidents forme le Gir moyen pondéré, ou GMP, autrement dénommé « *coupe Gir* » ou « *coupe Aggir* », qui s'établit en moyenne en Martinique à 762, en 2025. Par comparaison, le GMP moyen au niveau national est de 744³⁹.

³⁹ https://www.fhf.fr/sites/default/files/2025-02/PUB_Rapport_VPG-GMP_2024_VF.pdf, CNSA février 2025.

Ainsi, plus le GMP est élevé, plus les résidents sont dépendants.

Le Pathos, quant à lui, est un outil utilisé pour mesurer le niveau de soins médicaux ou paramédicaux nécessaires pour chaque résident.

Le Pathos mesure uniquement la charge médicale : c'est-à-dire les maladies dont souffre la personne, leur gravité, la fréquence des soins nécessaires, les besoins en médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes... Tous ces soins sont mesurés par la « coupe Pathos ».

Ainsi, chaque état de santé est converti en points, qui composent le PMP (Pathos moyen pondéré), moyenne de tous les Pathos collectés chez les résidents. Dès lors, plus le PMP est élevé, plus les résidents nécessitent logiquement des soins médicaux lourds et constants.

En Martinique, le PMP s'établit à 220, en 2025, la moyenne nationale étant estimée à 198,5 points⁴⁰.

À cet égard, la chambre a pu noter, que le médecin coordonnateur de l'Éhpad l'Oasis ne cumule pas, ses missions avec celle de médecin traitant pour les résidents de l'établissement. Au sein de cet Éhpad, la présence régulière de plusieurs médecins traitants a été obtenue grâce à un travail proactif de celui-ci auprès de ses confrères. En outre, la chambre a pu relever avec les Éhpad privés L'Oasis et Floréa, appartenant au même groupe, une mutualisation des temps de travail de médecin coordonnateur.

Enfin, la plupart des médecins coordonnateurs ont mis en place, avec les infirmières coordonnatrices des protocoles comme le dossier de liaison d'urgence, protocole sur les risques de chutes, de prévention d'escarres, etc. Toutefois, la chambre relève que, selon les Éhpad, le degré de formalisation de ces documents est variable. À cet égard, elle n'a pas été en capacité, dans certains cas, de vérifier l'effectivité de la tenue sous l'égide du médecin coordonnateur, de la commission gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des

professionnels salariés et libéraux au sein de chaque Éhpad, prévue à l'article D. 312-158 du CASF. De même, la majorité des Éhpad n'a pas été en mesure de produire, pour l'ensemble de la période sous revue, les rapports d'activité médicale annuelle (RAMA).

La chambre souligne que, bien que la présence du médecin coordonnateur soit effective, son activité apparaît peu structurée et insuffisamment formalisée ou documentée, notamment au regard des exigences de l'article du CASF précité. Il est également noté que sa quotité de travail pourrait être augmentée dans certains établissements qui apparaissent sous dotés sur ce plan, par exemples au sein des Éhpad Gran Moun et Bethléem.

La chambre invite l'ensemble des établissements à mieux formaliser l'activité du médecin coordonnateur et à favoriser une plus grande articulation entre le médecin et le cadre infirmier des Éhpad, qui est apparu comme un pôle de stabilité⁴¹ interne important.

⁴⁰ Selon l'étude la plus récente de Uni Santé (2023), panorama des Éhpad 2023, le PMP moyen national est de 198,5 points.

⁴¹ V. par exemple l'Éhpad l'Orchidée sur cette articulation.

2.5.2.3 L'accès aux soins au sein et hors des établissements

La chambre a noté, en premier lieu, qu'une difficulté matérielle se pose lorsque le résident doit se rendre chez un professionnel extérieur à l'établissement (dentiste, ophtalmologue etc.), l'Éhpad n'ayant pas les ressources humaines pour l'accompagner (les familles refusant fréquemment d'assurer cette mission). Dans ce cas, l'Éhpad n'a d'autre choix que d'accompagner l'usager hors les murs, un agent devant alors intervenir, et ce au détriment de la prise en charge des autres usagers de l'établissement.

En deuxième lieu, les établissements privilégient les interventions ou consultations en interne de l'Éhpad. En effet, les établissements font appel régulièrement à des intervenants extérieurs tels que kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes, unité mobile psychiatrique, coiffeurs etc. pour s'occuper des résidents au sein même de l'établissement. Ces professionnels permettent de compléter l'offre de soins et de services auprès des résidents. Or, si seule une minorité d'établissements de l'échantillon a formalisé ces interventions par des conventions, contrats, ou protocoles divers, ces documents, succincts selon la chambre, n'abordent pas la question des données médicales et personnelles, ni de la confidentialité des données traitées, des événements indésirables graves, ou encore des circuits de facturation ou de paiement.

Ce constat est d'autant plus problématique que l'implication des nombreux intervenants libéraux auprès du résident apparaît peu encadrée ou peu formalisée.

En troisième lieu, à quelques exceptions près⁴², les établissements ne disposent d'aucun protocole formalisé avec un établissement de santé pour la gestion des urgences. Cette situation contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. L'absence de cadre écrit en l'espèce peut limiter la capacité des Éhpad à organiser des transferts sécurisés et rapides et à garantir la continuité de la prise en charge en cas d'événement aigu.

Enfin, une majorité des établissements contrôlés a conclu une convention de partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD) de la clinique de la Tour, reconnue par la HAS comme le « *seul établissement du territoire martiniquais d'hospitalisation à domicile* ». Cette collaboration permet de proposer aux résidents des soins de type hospitalier, tout en demeurant dans leur environnement familial, initiative à promouvoir.

2.5.3 Une culture de la qualité et de l'évaluation à développer

La chambre a sollicité, au cours de son enquête, l'ensemble des audits, évaluations et rapports de contrôle auprès des établissements et des ATC.

2.5.3.1 Une absence d'audit, d'évaluation interne ou externe fréquente

La chambre relève que la moitié des huit ESSMS n'ont pu justifier de la réalisation d'une évaluation externe de leurs

⁴² On peut citer ici l'Éhpad du François, qui a signé le 12 février 2026, en cours de contrôle de la chambre, une convention avec le centre hospitalier relative à la prise en charge des urgences médicales et vitales.

activités par un organisme habilité par la HAS. Elle a pu consulter des évaluations pour certaines devenues obsolètes, alors que d'autres, valides à ce jour, datent de trois ans ou moins ⁴³. La chambre rappelle, tout d'abord, qu'en application de l'article D. 312-204 du CASF, pour les Éhpad, et de l'article L. 312-8 du même code, pour le Sad, les ESSMS doivent faire procéder à une évaluation externe, tous les cinq ans.

En ce qui concerne les contrôles, une large majorité des Éhpad de l'échantillon a été contrôlée par l'ARS de Martinique, dans le courant de l'année 2024 principalement, dans le cadre du plan d'urgence de contrôle précité du ministère de la santé et des solidarités. Les rapports de contrôle transmis à la chambre soulignent la « *volonté de bien faire de professionnels dévoués et volontaires* », mais une insuffisance structurelle de formalisation des procédures internes de sorte qu'une amélioration de la prise en charge a été logiquement préconisée. Sur ce plan, des injonctions ou recommandations ont été

diversement suivies d'effet. En tout état de cause, la chambre rappelle aux établissements leur obligation de respecter les prescriptions de l'autorité de contrôle, en l'espèce l'ARS de Martinique.

De même, le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, communément appelé « *TBESMS* », destiné à renseigner les autorités compétentes comme la CNSA et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (indicateurs de capacité, d'activités, etc.) n'est renseigné dans aucun des ESSMS de l'échantillon. La réalisation de ce tableau est pourtant prescrite aux articles R. 314-19 et R. 314-28 du CASF. La chambre rappelle les établissements à leur obligation, dans les meilleurs délais.

2.5.3.2 Une obligation de transmission des événements indésirables graves inopérante et non respectée

Encadré n° 4 : Événements indésirables graves, associés aux soins

Un événement indésirable grave (EIG), tel que défini par la HAS, est un événement inattendu au regard de l'état de santé ou de la pathologie de la personne accompagnée, susceptible de menacer ou de compromettre sa santé, sa sécurité ou son bien-être physique ou moral.

Lorsqu'il est directement lié aux soins réalisés ou à une action de prévention, de diagnostic ou de traitement, et qu'il entraîne des conséquences graves – décès, mise en jeu du pronostic vital, risque de déficit fonctionnel permanent ou hospitalisation non prévue – il s'agit alors d'un événement indésirable grave, associé aux soins (ou EIGS).

Ni le Sad, ni les Éhpad (à l'exception de quelques signalements autour de la période Covid) ne procèdent à la transmission des EIG ou EIGS qui surviennent. Cette obligation est pourtant

prescrite par les dispositions des articles L. 331-8-1 et R. 331-8 du CASF.

À l'issue de ses visites de terrain, la chambre, qui n'a toutefois pu disposer

⁴³ Éhpad Gran Moun, Éhpad du François, Éhpad Floréa, Éhpad Bethléem.

d'éléments tangibles sur la fréquence de ces événements indésirables, a pu relever, en la matière, que les établissements contrôlés peuvent être classés en trois catégories : les plus aboutis, qui disposent d'une procédure exhaustive et informatisée garantissant une culture du signalement et de suivi. Ensuite, il y a les établissements qui ont élaboré une procédure succincte mais inappliquée. Les autres ne disposant d'aucune formalisation reposant sur des échanges non tracés.

En tout état de cause, à quelques exceptions près, aucun des ESSMS ne transmet formellement les EIG/EIGS aux ATC, ce qui les prive d'une analyse fine de ces événements, et rend, par suite, le dispositif de recueil des EIG inopérant.

La chambre rappelle ici aux établissements et services leur obligation de transmission légale et réglementaire aux ATC.

2.5.3.3 Des plans de formation relatifs à la bientraitance encore lacunaires

De manière générale, et de l'aveu même de certains dirigeants d'Éhpad, la formation des professionnels à la bientraitance est lacunaire. En effet, si des actions de formation « *Humanitude* »⁴⁴ ont été mises en place dans un tiers des établissements de l'échantillon, en direction des soignants, les autres Éhpad n'ont produit devant la chambre que des documents anciens, voire obsolètes en la matière.

De plus, la chambre, tout comme l'ARS, ont constaté que les plans de formation, lorsqu'ils existent et pour formalisés qu'ils soient, ne sont pas intégrés

dans les projets d'établissement des Éhpad et du Sad. L'absence actuelle de formalisation d'une politique de bientraitance constitue une non-conformité au regard des obligations légales et réglementaires, en particulier du décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. Elle ne permet toutefois pas de conclure à l'existence de pratiques professionnelles inadaptées. En effet, lors de ses visites sur site, la chambre a pu observer la qualité de l'accompagnement, la prévenance des personnels et l'implication de la direction dans la relation aux résidents et à leurs proches.

En définitive, la maltraitance étant désormais définie dans le CASF, notamment en son article L. 119-1, la chambre rappelle aux Éhpad de veiller à la protection des personnes vulnérables accueillies en exigeant le renouvellement des actions de formation de manière régulière.

2.5.4 **Des outils numériques de qualité mais insuffisamment exploités**

La chambre constate que les Éhpad ont été équipés de dispositifs de téléconsultation, durant la période sanitaire du covid-19. Néanmoins, les dirigeants des établissements ont expliqué leur utilisation limitée par les réticences persistantes de certains professionnels libéraux à y recourir.

Par ailleurs, la majorité des établissements de l'échantillon utilise désormais principalement le logiciel métier « *Netsoins* », permettant de tracer la prise

⁴⁴ Marque déposée par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, cette philosophie de soins est basée sur le respect et la dignité des personnes et l'harmonie dans la relation entre les soignants et les patients. Appliquée aux soins gériatriques, elle revendique le « vivre et mourir debout », c'est-à-dire l'autonomie des patients par la réadaptation, le maintien ou l'amélioration de leur santé et leur accompagnement jusqu'à la mort

en charge des résidents et de facturer les prestations, grâce au module complémentaire « *Netfactu* ». Cependant, la chambre a relevé que les fonctionnalités ne sont pas totalement exploitées, notamment les modules spécifiques tels que « *NetPharmacie* », pour la médication ou encore « *Netbiologie* », pour les examens de laboratoire alors qu'ils permettent de sécuriser la transmission des données de leur prescription à leur réalisation ou leur dispensation. Par conséquent, la chambre encourage les établissements à développer des outils numériques garantissant un fonctionnement sécurisé.

La chambre a également observé que les établissements font le choix la plupart du temps de passer leur logiciel en version « *full web* » afin de favoriser une meilleure prise en main et de limiter les risques de piratage, ceci sans procéder à des audits. Selon la chambre, un audit global des applications des établissements⁴⁵ devrait être réalisé dans les meilleurs délais, afin de prendre notamment en compte, en particulier, la conformité des progiciels utilisés au regard du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Enfin, il faut souligner le rôle important de porteur du groupement de commande que joue l'Éhpad L'Oasis⁴⁶ au sein du réseau des acheteurs hospitaliers (Resah) pour le déploiement d'un dossier de l'utilisateur informatisé des ESSMS, au profit d'établissements martiniquais dont certains de l'échantillon retenu par la chambre.

2.6 Une association plus importante des résidents est nécessaire pour mieux leur permettre d'exercer leurs droits

2.6.1 Une mise en œuvre inégale des outils de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

L'article L. 311-8 du CASF impose aux établissements d'élaborer un projet d'établissement comprenant un projet de vie et de soins. Par ailleurs, chaque Éhpad doit remettre aux résidents : un contrat de séjour lorsque l'accueil dépasse un mois, un règlement de fonctionnement, un livret d'accueil, un projet d'accueil personnalisé élaboré à partir des besoins de la personne et régulièrement évalué.

Ces documents ont pour objectif d'assurer la transparence des prestations, l'information des usagers et la personnalisation de l'accompagnement. La chambre a pu relever, à l'examen des dossiers administratifs, que ces documents sont présents pour la plupart des Éhpad. Elle invite l'ensemble des établissements à parachever la complétude de leurs dossiers « *résidents* », le cas échéant.

⁴⁵ La chambre a néanmoins relevé, au cours de sa visite, que l'Éhpad du Prêcheur avait en 2025, eu égard aux difficultés d'accessibilité et aux dysfonctionnements des réseaux de télécommunication, fait réaliser avec le concours du CHNC, un audit duquel il est ressorti un projet de refonte du réseau informatique des trois sites du CH – dont celui de l'Éhpad –, financé par l'ARS de Martinique pour un montant de 678 000 €, livré en janvier 2026.

⁴⁶ Cet établissement joue un rôle pilote dans le déploiement récent du logiciel *Netsoins*, en lien avec l'ARS de Martinique, chargée de son implémentation effective sur le territoire insulaire.

2.6.1.1 Un contrat de séjour et un livret d'accueil globalement satisfaisants

Dans la majorité des Éhpad de l'échantillon, le contrat de séjour présente une structuration conforme aux exigences de l'article L. 311-4 CASF. Le document principal comporte les éléments essentiels relatifs aux conditions de séjour, prestations, engagements réciproques etc. Celui-ci est complété d'annexes qui précisent les tarifs, le cautionnement, l'état des lieux etc.

Toutefois, d'un établissement à l'autre, le degré de complétude varie. Certains Éhpad ont présenté des contrats de séjour très succincts, ou incomplets : en effet, ceux-ci présentent une structuration peu conforme aux exigences du code précité.

En outre, l'ensemble de ces documents reste silencieux sur les droits fondamentaux garantis pour les résidents (désignation de la personne de confiance, participation du résident à son projet personnalisé, recueil du consentement, etc.).

Pour la chambre, cette fragmentation nuit, par suite, à la lisibilité du contrat et compromet l'unité documentaire requise à l'article L. 311-4 du CASF. Elle invite les établissements à revisiter leur contrat de séjour afin de les rendre plus exhaustifs.

En ce qui concerne le livret d'accueil, son examen par la chambre montre que dans la majorité des établissements, il répond à l'exigence réglementaire définie à l'article L. 311-4 du CASF. Il est clair, détaillé et comporte, dans la majorité des cas, également des annexes (dossier médical, CVS, chartes, plan de

l'Éhpad) à l'exclusion, souvent, des prestations complémentaires, qui elles, ne sont pas mentionnées.

2.6.1.2 Un projet d'accompagnement peu personnalisé, voire standardisé

Le projet d'accompagnement (ou d'accueil) personnalisé (PAP) institué par combinaison des articles L. 311-4 et L. 311-4-1 du CASF permet au résident de bénéficier d'une prise en charge personnalisée en établissement. La chambre relève, à ce stade, que le PAP n'a pas été institué dans une minorité d'Éhpad⁴⁷, et ce, près de vingt-cinq ans après l'adoption de la loi précitée du 2 janvier 2002.

Sous cette réserve, les PAP examinés par la chambre au cours de ses visites, sont complets au plan réglementaire. Toutefois, ces documents sont relativement peu personnalisés, standardisés, non signés la plupart du temps, de sorte qu'il est impossible d'en connaître les modalités de consentement. À cet effet, lors de l'enquête de satisfaction conduite par la chambre auprès des usagers, a été déploré un manque d'association du résident à la construction du PAP, même s'il faut tenir compte parfois des troubles cognitifs de certains résidents.

Pour la chambre, la rédaction du PAP devrait être revisitée en lien avec le conseil de la vie sociale afin d'être davantage pédagogique. Les Éhpad devraient, selon elle, mieux associer les familles à son élaboration.

La chambre a relevé que le droit à l'information tarifaire, que ce soit dans les contrats de séjour ou dans les PAP, abordent la facturation de manière générale, souvent sans précision suffisante et avec des

⁴⁷ V. Éhpad l'Oasis par exemple.

données parfois obsolètes. De surcroît, la tarification des prestations complémentaires (esthétique, coiffure etc.) n'est que rarement communiquée dans les documents remis aux résidents, ce qui nuit à la transparence.

En conséquence, la chambre demande aux établissements de respecter leurs obligations en matière de transparence tarifaire, conformément à l'article L. 314-2 du CASF.

2.6.1.3 Le règlement de fonctionnement n'est pas totalement conforme aux prescriptions du CASF

Le règlement de fonctionnement prévu à l'article R. 311-33 du CASF, obligatoire dans chaque Éhpad, apparaît perfectible également. Il s'agit d'un outil institutionnel au service des droits des résidents, notamment sur le tarif des prestations « *socle* »⁴⁸ et celles dites « *complémentaires* » (coiffure, esthétique, etc.).

À cet égard, la chambre a analysé, dans les huit ESSMS⁴⁹, l'information tarifaire délivrée aux résidents et à leurs familles, laquelle est perfectible. En particulier, les frais de séjour de l'année en cours ne sont aucunement détaillés. Par ailleurs, la distinction entre prestations

« *socle* » et prestations complémentaires, définie par le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022, n'apparaît pas clairement dans ledit règlement de fonctionnement des Éhpad.

Ainsi, dans la majorité des établissements de l'échantillon, certaines obligations légales font défaut dans le règlement de fonctionnement : l'accès à internet, la fourniture du linge plat, l'accès téléphonique centralisé à l'accueil, limitant ainsi la liberté de communication des résidents (L. 311-3 du CASF). En ce qui concerne la protection des biens personnels, le règlement reste parfois aussi silencieux sur les modalités de dépôt des valeurs à l'admission (obligation issue de l'article R. 311-37 du CASF). Le texte se contente d'un désengagement de responsabilité (« *la direction décline toute responsabilité en cas de perte* »).

De manière générale, la dispersion de l'information tarifaire, entre le contrat de séjour, le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement rend, de l'avis de la chambre, l'information partielle et difficile à vérifier. Ce faisant, les établissements ne répondent pas à l'exigence de transparence et d'accessibilité de l'information financière.

⁴⁸ Les prestations dites « *socle* » correspondent à celles énumérées au décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Concrètement, le socle de prestations des Éhpad comprend l'administration générale, incluant la gestion du séjour, les démarches administratives et comptables. Il couvre également l'accueil hôtelier (hébergement, entretien, fluides), la restauration, le blanchissage et l'animation sociale. Ces éléments constituent l'offre de base obligatoire délivrée aux résidents dépendants.

⁴⁹ Dans le Sad, la chambre a examiné la facturation des prestations : les mentions des factures sont régies par l'article L. 311-4 du CASF et par l'article L. 112-1 et suivants du code de la consommation. Des informations claires et lisibles doivent y figurer concernant la formation des prix, la période facturée, le nombre d'heures, les éventuelles participations déduites et le reste à charge. À cet égard, le modèle de facture transmis par le Sad à la chambre respecte l'ensemble de ces critères. Dans le rapport financier de l'année 2024, la direction explique ainsi que les 300 bénéficiaires du Sad paient désormais leur reste à charge par le moyen d'un virement bancaire, plus pratique, au lieu d'un paiement physique en numéraire ou chèque, impliquant un déplacement des personnels.

2.6.1.4 Des projets d'établissement de bonne facture mais parfois irréguliers

L'article L. 311-8 du CASF dispose que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, [...] ». Plus récemment le décret n° 2024-166 est venu compléter le contenu du projet : « sont notamment précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement [...] celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement [...]. Sont également précisées les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Le projet d'établissement désigne l'autorité extérieure mentionnée à l'article L. 311-8 et précise les modalités dans lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté [...] ».

La chambre a relevé, d'une part, qu'au plan procédural, une minorité d'Éhpad ont omis de présenter leur projet d'établissement pour consultation du conseil de vie sociale (CVS), en méconnaissance des dispositions de l'article D. 311-38-4 du CASF. Cette carence prive notamment les représentants des familles et des usagers d'informations quant au fonctionnement de l'établissement. Sur ce point, les établissements concernés ont indiqué, en réponse aux observations de la chambre, qu'une révision de chacun des projets concernés était prévue en 2026, sans pour autant expliciter la méthodologie retenue.

D'autre part, sur le fond, les obligations fixées par l'article D. 311-38-3 du CASF ne sont que partiellement respectées : à titre illustratif, aucune

information n'existe sur la marche à suivre en cas de maltraitance repérée (qui contacter, comment et quelle est la démarche ?). Le projet de l'organisme gestionnaire n'y figure pas, de même que les modalités de supervision des professionnels et des bénévoles.

Enfin, quelques limites ont été identifiées par la chambre pour certains documents présentés :

- l'absence de formalisation des valeurs et principes éthiques ;
- l'absence d'objectifs opérationnels pour l'établissement, en contradiction avec l'esprit de l'article D. 312-176-5 du CASF ;
- une faible articulation entre les projets de vie, de soins et le projet social sans lien clair ni cohérence globale entre eux ;
- l'absence de démarche d'évaluation continue. Aucun dispositif de suivi interne, d'indicateurs qualité, ni de calendrier n'est défini.

Pour la chambre, l'ensemble de ces constats témoigne, par suite, d'une documentation institutionnelle parfois incomplète, insuffisamment actualisée et non conforme aux obligations de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précitée.

2.6.2 Les conseils de la vie sociale, encore trop peu effectifs, doivent être davantage impliqués dans les décisions des établissements

La chambre a procédé à l'analyse attentive du fonctionnement du CVS, prévu aux dispositions de l'article D. 311-3 et suivants du CASF, ainsi qu'à plusieurs auditions de ses membres. Le CVS ou toute autre forme de participation est une instance obligatoire de représentation des usagers dans les établissements médico-sociaux,

dont les Éhpad et les Sad, créé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. Il est consulté sur l'organisation de la vie quotidienne, donne son avis sur le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement, les travaux, et la politique tarifaire. Il peut formuler des propositions et recommandations pour améliorer le bien-être des résidents.

Le CVS se réunit en principe au moins trois fois par an. Ses avis sont consignés dans des procès-verbaux et transmis aux parties prenantes. Son objectif est de favoriser la participation des usagers, le dialogue, et la co-construction de la qualité de vie en Éhpad.

Sur les huit ESSMS contrôlés de l'échantillon, cinq d'entre eux⁵⁰ ont mis en place de manière effective le CVS, il s'agit des Éhpad Gran Moun, CH du François, CH du Prêcheur, l'Oasis et Floréa. Pour trois d'entre eux, l'Éhpad Bethléem, celui de l'Orchidée, et le Sad Alliance, le CVS n'est pas mis en place, près de vingt-cinq ans après son institution législative, ainsi que le renforcement récent de son rôle. Cette carence les place dans une situation de non régularité durable à laquelle les dirigeants se sont engagés à remédier, en réponse aux observations de la chambre.

Certains dirigeants ont invoqué que cette situation était justifiée par les troubles cognitifs de nombreux résidents, qui rendraient impossible selon eux la désignation des membres élus parmi les usagers. Il convient de rappeler que le CASF prévoit expressément la possibilité de constituer un CVS sans représentants directs des résidents, en y intégrant des proches, représentants légaux ou personnes qualifiées, lorsque l'autonomie des usagers

ne permet pas leur participation directe (c'est le cas, par exemple, à l'Éhpad du CH du François). Par conséquent, l'absence d'instance formalisée, sauf à établir un constat de carence dressé par le dirigeant en raison des difficultés de représentation, constitue donc un manquement à l'obligation légale prévue aux articles D. 311-3 et suivants du CASF.

Parmi les cinq établissements ayant mis en place le CVS, la chambre souligne, pour la moitié d'entre eux, la qualité des comptes-rendus qui laissent apparaître que cette instance est le plus souvent structurée de manière satisfaisante. En outre, certains CVS (Éhpad du Prêcheur par exemple), dont la composition est connue des usagers et de leurs familles, peuvent auditionner toute personne utile.

En revanche, certains membres des CVS instaurés, ont indiqué, au cours des auditions avec la chambre, que les familles ne sont parfois pas informées de l'identité de leurs représentants. Pour cette raison, la chambre invite les dirigeants à faciliter l'accès à la traçabilité des échanges et réponses apportées, en informant notamment les usagers et leurs familles de l'identité des membres du CVS les représentant.

Au-delà du CVS, d'autres moyens sont utilisés à destination des familles (réunions, échanges informels par téléphone, accompagnement de sorties etc.) Toutefois, leur implication est inégale, notamment en raison du contexte d'éloignement géographique. Dans un tel contexte, les outils numériques s'avèrent essentiels afin de maintenir voire renforcer la participation des proches à la vie des établissements.

⁵⁰ Au surplus dont un tardivement en novembre 2023 (Gran Moun).

3 UNE SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE FRAGILISÉE DANS UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT ET INCERTAIN

Encadré n° 5 : Un système de financement complexe

Le financement des Éhpad repose sur la distinction entre trois sections : « *soins* », « *dépendance* » et « *hébergement* ». La CTM ne participe pas à l'expérimentation de la fusion des sections « *soins* » et « *dépendance* », engagée dans certains départements hexagonaux.

Les sections « *soins* » et « *dépendance* » font l'objet de financements publics, respectivement par l'Assurance maladie et la CTM. La section « *hébergement* » est financée directement par le résident sur la base d'un tarif hébergement journalier fixé par l'établissement et autorisé par la CTM et l'ARS. L'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dite « *loi ASV* », prévoit la mise en place d'un état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) en lieu et place du budget prévisionnel, ainsi que la généralisation des CPOM. Cette réforme, qui s'applique depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les Éhpad vise à responsabiliser les gestionnaires en leur donnant plus de souplesse quant à la répartition de leurs ressources et l'affectation de leurs résultats avec le passage d'une tarification à la dépense à une tarification à la ressource à travers la fixation de dotations publiques « *dépendance* » et « *soins* » par une équation tarifaire (cf. point 2.5.2.2).

Sur le plan institutionnel, la CTM exerce les compétences en matière d'action sociale et médico-sociale habituellement dévolues aux départements. Elle assure à ce titre le financement de la section « *dépendance* » et le versement de l'ASH, destinée à aider le résident dans le paiement de ses frais de séjour. Cette centralisation des compétences présente l'avantage d'une cohérence territoriale mais peut générer des retards dans la notification des dotations ou des prises en charge individuelles, comme l'illustrent les difficultés récurrentes de versement de l'ASH au sein des Éhpad de l'échantillon.

Sur le plan économique, la Martinique est confrontée à des coûts d'exploitation structurellement plus élevés que dans l'Hexagone, en raison de l'importance des importations et de la fiscalité qui y est associée, de l'insularité et du poids des charges sociales. Au surplus, la valeur du point GIR (8,94 euros) et les forfaits de soins fixés par l'ARS ne compensent que partiellement ces surcoûts. L'absence d'indexation automatique des dotations sur l'inflation accentuée, au fil des années, une érosion du pouvoir de financement des établissements.

Enfin, la pression démographique accentue les tensions budgétaires comme il a été dit dans la première partie.

Les établissements sont donc contraints d'arbitrer entre le maintien de la qualité de prise en charge et la maîtrise de leurs dépenses.

Au-delà du cadre général de financement, l'analyse de la répartition des ressources par mission permet de mieux comprendre les leviers et contraintes propres à chaque section.

L'analyse consolidée menée par la chambre sur les établissements de

l'échantillon met en évidence une fragilité économique persistante. Celle-ci se nourrit

à la fois des caractéristiques socio-économiques de la population accueillie, d'un contrôle insuffisant exercé par les ATC, d'outils de pilotage budgétaire encore lacunaires, et d'une forte hétérogénéité des situations financières.

Dans un contexte territorial marqué par le coût de la vie, l'absence de CPOM, des retards récurrents dans la transmission des comptes et le recours fréquent de la CTM à la tarification d'office, la soutenabilité économique des ESSMS apparaît aujourd'hui fragilisée.

La chambre souligne, par ailleurs à ce stade, que cette évaluation de la soutenabilité des Éhpad repose sur une base documentaire incomplète, faute d'avoir pu obtenir l'ensemble des pièces nécessaires à la conduite d'investigations exhaustives.

réglementé, structuré par un cadre contractuel défini par le législateur. Pourtant, l'analyse des établissements de l'échantillon révèle une absence totale de cadre contractuel à jour. Les conventions tripartites pluriannuelles (CTP), qui constituaient l'ancien format de contractualisation⁵¹, sont désormais toutes caduques depuis quatre (Éhpad L'Orchidée) à 16 ans (Éhpad du François), et depuis au moins sept ans pour deux tiers des établissements (Éhpad du Prêcheur, L'Oasis, Bethléem, Gran Moun). Enfin, certaines structures n'ont jamais disposé de cadre contractuel (Éhpad Floréa et Sad Alliance). Cette situation est d'autant plus préoccupante que les établissements ont connu, depuis la fin de validité de ces conventions, des évolutions significatives, notamment des opérations de reconstruction (Éhpad du François) et/ou des extensions de capacité (Éhpad du François, Bethléem).

3.1 Un cadre contractuel largement défaillant

Le secteur médico-social évolue dans un environnement fortement

Tableau n° 2 : cadre contractuel des différents établissements de l'échantillon

Établissement	Année de signature	Année de fin de validité	Durée du vide juridique au 01/01/2026
Éhpad Floréa	Aucun contrat	Aucun contrat	Sans objet
Sad Alliance	Aucun contrat	Aucun contrat	Sans objet
Éhpad du François	2004	2009	16 ans
Éhpad du Prêcheur	2013	2018	7 ans
Éhpad L'Oasis	2013	2018	7 ans
Éhpad Bethléem	2013	2018	7 ans
Éhpad Gran Moun	2013	2018	7 ans
Éhpad L'Orchidée	2015	2021	4 ans

Source : CRC de Martinique

⁵¹ En conformité avec les dispositions des articles L. 314-1 et suivants du CASF et la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Sans cadre contractuel à jour, l'ensemble des ESSMS contrôlés par la chambre sont limités dans leurs perspectives de développement. Toutefois, en dépit de cette carence, certains objectifs initialement fixés par les ATC continuent d'être poursuivis, en particulier la priorisation des résidents en GIR 1 à 4 afin d'atteindre un GIR moyen pondéré (GMP) d'au moins 650, permettant d'optimiser dans une certaine mesure les recettes perçues par les établissements. À cet égard, la moyenne du GMP en Martinique est de 771,57⁵² (contre 740 au niveau national), plusieurs établissements dépassant ce niveau (Éhpad L'Oasis, Floréa, L'Orchidée, Prêcheur).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les conventions tripartites ont été remplacées par les CPOM, généralisés par l'article L. 313-12 du CASF. Pourtant, aucun Éhpad de l'échantillon n'en est doté et aucune évaluation des conventions arrivées à échéance n'a été portée à la connaissance de la chambre. Cette situation dépasse d'ailleurs le seul échantillon puisque, selon les informations recueillies, un seul CPOM a été signé en Martinique.

Bien que le calendrier initial ait été repoussé à plusieurs reprises, d'abord à 2021, puis à 2024, une instruction ministérielle du 7 février 2025 a de nouveau assoupli les délais⁵³. Elle prévoit notamment la possibilité d'un moratoire, sous certaines conditions, dans l'attente de l'aboutissement de travaux menés au niveau national pour simplifier le dispositif de contractualisation applicable aux Éhpad.

Toutefois, cette instruction ministérielle, qui ne saurait se substituer

aux dispositions législatives de l'article L. 313-11-2 du même code, recommande la mise en place d'un cadre contractuel *ad hoc* pour les établissements présentant des enjeux particuliers, notamment ceux subissant des difficultés financières, comme c'est le cas pour la majorité des ESSMS de l'échantillon. La chambre estime ainsi nécessaire que les établissements martiniquais engagent sans délai des démarches de rapprochement auprès de l'ARS et de la CTM en vue d'élaborer leur CPOM. D'ailleurs, certains Éhpad de l'échantillon ont d'ores et déjà initié des démarches en ce sens, comme les Éhpad l'Oasis, Floréa, ou encore le Sad Alliance.

L'absence de cadre contractuel pluriannuel prive les établissements comme les ATC de visibilité financière et de pilotage stratégique, essentiels pour adapter leurs modèles économiques aux besoins du territoire. Elle empêche également ces ESSMS d'accéder à des financements complémentaires, comme la « *dotation qualité* » prévue au 3^o de l'article L. 314-2-1 du CASF, conditionnée à la signature d'un CPOM.

Les ATC expliquent ce retard par les difficultés rencontrées au cours des dernières années. La CTM invoque notamment des contraintes budgétaires qui ne lui permettraient pas de s'engager dans des financements pluriannuels, tandis que l'ARS indique avoir engagé avec la collectivité un travail destiné à structurer progressivement la contractualisation⁵⁴ des

⁵² <https://www.data.gouv.fr/datasets/search/?q=GMP> Valeurs moyennes du GIR moyen pondéré par département, Drees

⁵³ Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025.

⁵⁴ Pour l'ARS, ce travail est également soutenu par le renforcement récent des capacités internes de l'Agence, avec l'arrivée, au sein de la direction déléguée à l'autonomie, d'une chargée de mission spécifiquement chargée des politiques en faveur des personnes âgées.

établissements à compter de 2027⁵⁵. Cette perspective intervient toutefois dans un contexte marqué par une réduction par la CTM de 6,57 % des moyens annuels alloués aux ESSMS en 2025. Cette évolution constitue une rupture après une période de relative stabilité des dotations, et accentue la fragilité du modèle économique des Éhpad.

Cette carence s'accompagne d'un déficit de pilotage opérationnel des ATC. Comme la chambre a pu le constater, plusieurs Éhpad indiquent ne pas avoir fait l'objet de contrôles sur site ou de missions de connaissance de la part de la CTM ou de l'ARS (Éhpad L'Oasis, L'Orchidée, Bethléem). Dans ce contexte, les Éhpad privés lucratifs plaident, dans l'attente de la conclusion des CPOM, pour le développement de démarches alternatives, telles que des appels à projets, permettant de

mieux structurer et de mutualiser les initiatives à l'échelle du territoire martiniquais.

3.2 Un dialogue de gestion insuffisamment structuré

Le dialogue de gestion entre les ATC et les établissements apparaît insuffisamment structuré. Cette situation se traduit par une transmission budgétaire lacunaire, l'absence d'échanges techniques réguliers et le recours fréquent à la tarification d'office par la CTM, appliquée de manière mécanique sans analyse contradictoire des coûts réels. Cette situation compromet la pertinence des décisions tarifaires et la viabilité économique des établissements face aux contraintes budgétaires croissantes.

Encadré n° 6 : La tarification d'office dans les Éhpad

La tarification d'office (art. R. 314-38 et R. 314-50 du CASF) permet à l'autorité de tarification (pour les sections « *hébergement* » et « *dépendance* ») de fixer unilatéralement les tarifs et dotations d'un établissement lorsque celui-ci ne transmet pas les informations nécessaires à la décision tarifaire. Cette tarification d'office est déclenchée lorsque :

- les comptes du dernier exercice clos ne sont pas transmis avant le 30 avril de l'année suivante ;
- les prévisions budgétaires ne sont pas adressées au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice.

En pratique, l'autorité de tarification applique un taux uniforme d'évolution ou de réduction des tarifs, et fixe ces derniers sans dialogue contradictoire, ni prise en compte des besoins spécifiques de l'établissement.

Le tableau suivant met en évidence un manque global de fiabilité dans la transmission des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) par les Éhpad de

l'échantillon, alors même que cette transmission constitue une obligation réglementaire et la base des décisions de tarification.

⁵⁵ À cette fin, une réunion technique entre services est programmée au second semestre 2026 afin d'arrêter un calendrier d'évaluation et de contractualisation, qui sera soumis à validation du directeur général de l'ARS, ainsi qu'à celle de l'élue compétente à la CTM.

Tableau n° 3 : synthèse des transmissions des ERRD à la CTM

Établissements	ERRD 2021	ERRD 2022	ERRD 2023	ERRD 2024
Éhpad Gran Moun	Non	Oui	Oui	Oui
Éhpad Floréa Fort de France	Oui	Oui	Oui	Non
Éhpad Oasis	Non	Oui	Oui	Non
Éhpad CH le prêcheur	Oui	Oui	Non	Non
Éhpad CH le François	Non	Oui	Oui	Oui
Éhpad Bethléem	Non	Oui	Oui	Oui
Éhpad L'Orchidée	Oui	Oui	Non	Non

Source : CTM, d'après la plateforme Import-CNSA

Toutefois, même lorsqu'un établissement transmet ses pièces dans les délais, la CTM applique dans les faits une méthode de tarification standardisée, reposant sur un plafond d'évolution uniforme, et non sur une analyse des coûts réels. La tarification d'office tend ainsi à devenir un mode de gestion courant plutôt qu'une procédure exceptionnelle.

Ce fonctionnement traduit un déficit global de pilotage partagé entre les établissements et les autorités de tarification. Ni la CTM, ni l'ARS n'ont conduit de contrôle sur site ou de mission de connaissance des établissements, alors même que la récurrence des excédents de la section « soins » et des déficits d'exploitation sur les autres sections aurait, selon la chambre, justifié une revue conjointe. L'absence d'un dialogue de gestion effectif limite la capacité des Éhpad à inscrire leurs trajectoires financières dans des approches pluriannuelles cohérentes avec les besoins du territoire.

3.3 Des conditions de pilotage et de financement défavorables à la soutenabilité financière des Éhpad

Bien que l'absence de cadre contractuel pluriannuel et l'absence de dialogue de gestion entraînent un risque de sous-financement chronique des ESSMS, les difficultés financières observées résultent également d'une capacité limitée des établissements et des ATC à construire une trajectoire économique soutenable.

3.3.1 Un pilotage financier fragilisé par la complexité des règles budgétaires et l'absence de stratégie pluriannuelle

Des situations financières hétérogènes

Les établissements ont vu leurs charges progresser sous l'effet de l'évolution de leur offre médico-sociale (création d'UHR ou de PASA à Floréa, L'Oasis et Bethléem), de la revalorisation salariale

issue du « *Ségur de la santé* »⁵⁶ et des surcoûts propres au contexte martiniquais. Les financements, calculés à partir d'évaluations ponctuelles du GMP et du PMP, ne permettent pas toujours de suivre l'évolution effective des besoins des résidents. Il en résulte un décalage durable entre les charges supportées et les dotations notifiées.

Cette situation est accentuée par le niveau structurellement élevé des prix en Martinique, notamment pour l'alimentation (+40 %) et le matériel médical (+13 %)⁵⁷, sans compensation intégrale par les forfaits d'hébergement.

Dans ce contexte, les charges hôtelières deviennent un facteur majeur de déséquilibre expliquant en partie la fréquence des déficits constatés sur la section « *hébergement* ». L'arbitrage entre externalisation/internalisation des prestations de restauration, de blanchisserie et de nettoyage varie d'une structure à l'autre. Les Éhpad privés lucratifs privilégient une externalisation importante, y compris auprès de sociétés appartenant au même groupe, sans que cette organisation ne se traduise par des économies d'échelle significatives. Ainsi, les comptes de l'Éhpad L'Oasis témoignent d'une forte exposition structurelle aux « *services extérieurs* » avec des prestations extérieures s'élevant annuellement entre 1,54 à 1,68 M€ sur la période 2021 à 2023. L'Éhpad Floréa, quant à lui, affiche une augmentation de + 56 % de ces coûts, en particulier entre 2022 et 2023, pour la prestation alimentation à l'extérieur.

À l'inverse, les établissements publics internalisent davantage certaines fonctions comme la restauration (François, Prêcheur, Gran Moun), mais demeurent exposés à des surcoûts importants lors du recours à des prestataires extérieurs. La dépense de blanchisserie de l'Éhpad du François a ainsi enregistré entre 2023 et 2024 une augmentation annuelle de 30 000 € à l'occasion d'un changement de prestataire.

Les difficultés observées dans plusieurs établissements de taille réduite interrogent la pertinence d'une taille critique minimale⁵⁸ permettant d'assurer la soutenabilité économique d'un Éhpad, notamment dans un contexte ultramarin marqué par des surcoûts structurels. Les coûts fixes d'administration et de fonctionnement apparaissent en effet relativement peu sensibles à la taille de l'établissement, ce qui accroît leur poids relatif dans les structures disposant de capacités d'accueil plus limitées. Au sein de l'échantillon, les Éhpad privés lucratifs Floréa et L'Oasis, qui figurent parmi les établissements disposant des capacités d'accueil les plus élevées avec une centaine de places environ, présentent les équilibres financiers les moins dégradés.

Plusieurs établissements présentent des fragilités dans la sécurisation de leurs recettes. Les défaillances de la chaîne de facturation et de recouvrement conduisent à des régularisations tardives parfois importantes auprès des résidents et de leurs familles. Compte tenu du niveau de ressources de ces derniers⁵⁹, la fiabilisation

⁵⁶ Le « *Ségur de la santé* » est une concertation lancée par le gouvernement en mai 2020, en réponse à la crise du Covid-19, afin de repenser et renforcer le système de santé français. Il s'est conclu par la signature, le 13 juillet 2020, des accords de Ségur.

⁵⁷ En Martinique, les produits alimentaires sont 40 % plus chers qu'en France métropolitaine, Insee Analyses Martinique, juillet 2023, n° 63.

⁵⁸ IGAS, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Évaluation de l'option tarifaire dite globale*, octobre 2011.

⁵⁹ L'Insee dans un rapport paru en 2023 indique que le montant mensuel moyen de la pension des Martiniquais s'établit à 1 345 € nets des prélèvements sociaux, contre 1 540 € en France hexagonale.

de la facturation constitue un enjeu majeur de soutenabilité.

Certains établissements ont néanmoins développé des pratiques visant à sécuriser leurs recettes. L'Éhpad privé lucratif L'Oasis accompagne ainsi les résidents non bénéficiaires de l'ASH, dont les revenus et le patrimoine tendent à diminuer au fil du temps, dans leurs démarches d'accès à cette prestation. Ce basculement vers une place habilitée à l'ASH, réalisé sans interruption de la prise en charge, permet à l'établissement de sécuriser le financement des places occupées.

L'augmentation des dettes sociales, fiscales et fournisseurs traduit une dégradation progressive de la trésorerie des établissements. Les dettes fiscales et sociales représentent désormais une part prépondérante de l'endettement dans plusieurs structures, tandis que les délais de paiement s'allongent, révélant des tensions durables de liquidité.

Les situations les plus préoccupantes concernent l'EHPAD L'Orchidée, engagé dans un plan de continuation et disposant d'une trésorerie très limitée, ainsi que les EHPAD publics Gran Moun et du Prêcheur, qui cumulent des arriérés de loyers particulièrement élevés.

Une maîtrise des règles budgétaires à parfaire

Les difficultés de pilotage ne se traduisent pas uniquement par une dégradation des équilibres financiers et de la trésorerie. Elles se manifestent également

par une maîtrise inégale des règles budgétaires propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment en matière d'affectation des résultats.

Les modalités d'affectation des résultats conditionnent directement les capacités des établissements à financer leurs investissements, à absorber leurs déficits et à préserver leurs marges de manœuvre. Or, plusieurs irrégularités ont été relevées au sein de l'échantillon.

À l'Éhpad du François, la section « *soins* » dégage chaque année un excédent structurel, porté à 1,84 M€ en 2024, soit l'équivalent d'une année complète de fonctionnement. Conformément à l'instruction comptable M21 applicable aux établissements publics de santé, ces excédents sont affectés à la réserve de compensation destinée à absorber d'éventuels déficits ultérieurs. Toutefois, l'accumulation d'un tel niveau de réserve interroge la pertinence du pilotage de la dotation « *soins* » et son contrôle effectif par son financeur.

À l'Éhpad public autonome Gran Moun, les déficits historiques ont été imputés au compte 114 « *dépenses refusées par l'autorité de tarification* », alors qu'ils résultaient d'une insuffisance de recettes et non de dépenses écartées par l'autorité de tarification. Cette affectation, non conforme aux articles R. 314-51 et R. 314-52 du CASF, conduit le budget annexe à présenter un déficit cumulé de 1,95 M€⁶⁰ dont les modalités d'apurement demeurent incertaines⁶¹.

⁶⁰ 2,08 M€ en tenant compte de l'ensemble des notifications du financeur, dont 1,57 M€ pour la section hébergement et 0,52 M€ pour la section « *dépendance* ».

⁶¹ L'instruction interministérielle n° DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22 et à la mise à jour du plan comptable M22 indique que « *le compte 114 sera apuré ultérieurement lorsqu'un travail de fiabilisation de son solde aura été effectué (instruction interministérielle à venir)* » sans qu'aucune précision n'ait été apportée depuis.

Enfin, l'EHPAD Floréa n'a pas affecté son excédent 2023 conformément aux priorités prévues par l'article R. 314-234 du CASF, en privilégiant un report à nouveau malgré l'existence de déficits antérieurs.

Ces situations appellent un renforcement de l'accompagnement des établissements par les autorités de tarification ainsi qu'une meilleure sécurisation des procédures d'affectation des résultats.

3.3.2 Une situation locale plus dégradée que les tendances nationales

Sur la période 2021-2024, près de 86 % des section « *hébergement* » et 68 % des sections « *dépendance* » présentent un résultat déficitaire, contre seulement 14 % des sections « *soins* ». En outre, la moitié des déficits constatés en hébergement et 45 % de ceux de la dépendance excèdent 10 % des produits de gestion, alors qu'aucun déficit de cette ampleur n'est observé sur la section « *soins* ». Ces résultats mettent en évidence une fragilité durable du modèle économique des établissements sur les sections les plus exposées aux charges d'exploitation courantes.

Tableau n° 4 : répartition des résultats déficitaires par section tarifaires 2021-2024

	Section Soins	Section Hébergement	Section Dépendance
<i>Exercices déficitaires</i>	3	19	15
<i>Part des exercices déficitaires sur le total des exercices observés</i>	14 %	86 %	68 %

Source : CRC de Martinique

Trois profils d'établissements se dégagent. Les Éhpad publics rattachés concentrent les situations les plus dégradées, avec des déficits récurrents sur les sections « *hébergement* » et « *dépendance* », rejoints par ceux privés non lucratif « *L'Orchidée* ». Les Éhpad privés lucratifs présentent au contraire des résultats proches de l'équilibre, tandis que « *Gran Moun* » et « *Bethléem* » se caractérisent par une forte variabilité de leurs résultats.

Les résultats observés se distinguent moins par la fréquence des déficits que par leur intensité. Alors qu'au niveau national

une part significative des établissements déficitaires présentent des déséquilibres modérés (inférieurs à 2,5 % des recettes)⁶², la situation des Éhpad du François et du Prêcheur se caractérise par des taux de déficit compris, selon les exercices, entre 3 % et 36 % des produits d'exploitation. Si la Martinique apparaît parmi les territoires où la part d'Éhpad publics et privés non lucratifs en déficit est relativement plus faible, certains établissements contrôlés figurent parmi les situations les plus dégradées du territoire national.

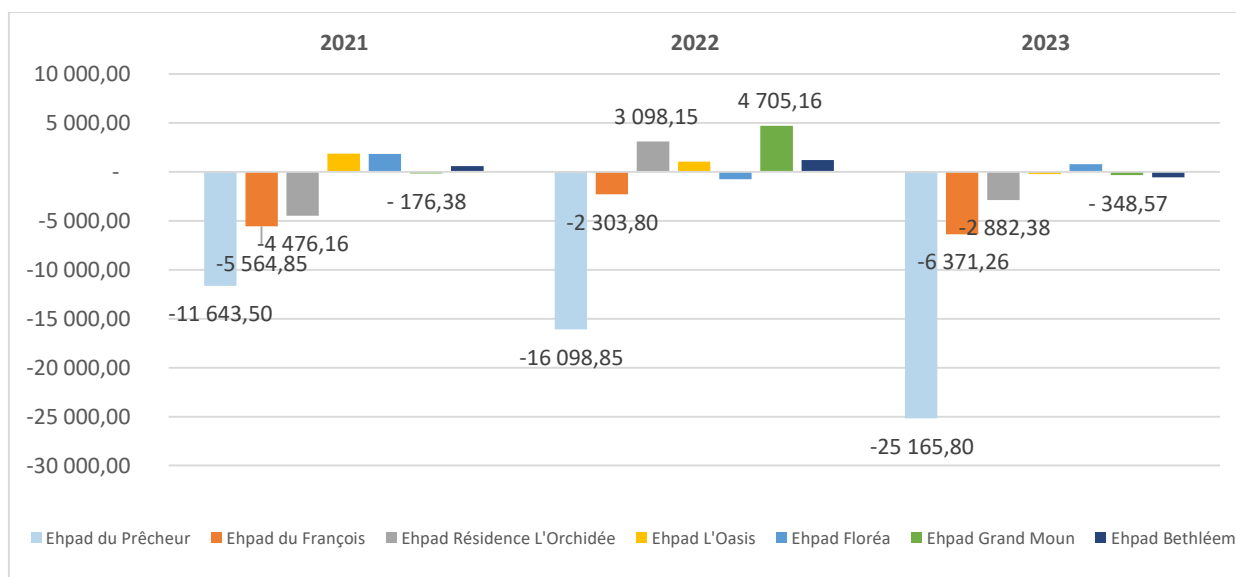
Le déficit moyen par place (déficit annuel rapporté au nombre de places

⁶² Repères statistiques n° 21 – La situation budgétaire des Éhpad publics et privés non lucratifs en 2022, publiée par la CNSA.

autorisées) illustre également ces écarts. Il varie d'un excédent de + 4 705 € par place en 2022 (Éhpad Gran Moun) jusqu'à un déficit de 25 166 € par place en 2023 pour l'Éhpad du Prêcheur. Ce dernier niveau représente près de sept fois le déficit moyen à la place constaté en 2024 (369 €) pour les Éhpad publics rattachés à un établissement

public, à l'échelle nationale⁶³. Alors que le déficit par place demeure relativement contenu dans plusieurs établissements, il s'aggrave sensiblement au Prêcheur et ne s'améliore en 2024 qu'à la faveur d'une révision à la hausse de la dotation globale « soins », et d'autres produits de gestion.

Graphique n° 5 : déficit moyen à la place des Éhpad⁶⁴ (en euros)



Source : CRC de Martinique, d'après les données disponibles transmises par les Éhpad

Au total, les déficits cumulés des établissements déficitaires atteignent -4,9 M€ sur la période 2021-2024, principalement concentrés au sein des Éhpad publics rattachés.

Les conséquences de ces déséquilibres diffèrent selon le statut juridique des établissements. Dans le secteur privé, deux structures de l'échantillon (L'Orchidée et le Sad Alliance) ont été placées en redressement judiciaire et exécutent un plan de continuation. Ces deux situations illustrent la vulnérabilité particulière des structures

privées médico-sociales, qui ne bénéficient pas du soutien financier d'un établissement support, susceptible d'absorber ou de compenser durablement leurs déficits.

Dans le secteur public, les déficits des Éhpad rattachés sont absorbés par les centres hospitaliers supports. Si des financements exceptionnels de l'Assurance maladie, en principe non reconductibles, permettent aux établissements supports de contenir les effets immédiats des déséquilibres, ils ne suffisent pas à rétablir

⁶³ Enquête nationale de la fédération hospitalière française sur la situation financière des ÉPHAD publics à fin 2024 – Note de présentation des résultats, mai 2025.

⁶⁴ Compte tenu de l'incomplétude des données sur l'exercice 2024, le choix a été fait de limiter l'étendue du graphique à la période 2021-2023.

un modèle économique durablement soutenable.

3.4 Un coût de revient élevé et des marges tarifaires limitées

Les conditions d'exploitation des Éhpad martiniquais sont marquées par des surcoûts structurels. Ceux-ci résultent notamment des coûts logistiques majorés liés à l'insularité (transport, délais, rupture, stockage), des frais d'importation (dont l'octroi de mer), de la maintenance plus coûteuse des bâtiments et équipements, en raison du climat tropical et de ses aléas (cyclones, échouements de sargasses), et d'une forte dépendance aux approvisionnements extérieurs.

Dans ce contexte, la faible évolution des tarifs entre 2021 et 2024, les confronte à une équation économique défavorable, caractérisée par des charges durablement élevées et des recettes peu dynamiques, dont les effets se répercutent à la fois sur le coût à la place, et sur le reste à charge des résidents.

3.4.1 Des pratiques de recouvrement défaillantes révélatrices de fragilités de gestion interne

Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, la maîtrise des processus de facturation et de recouvrement constitue un enjeu central pour l'équilibre financier des Éhpad. L'enquête coordonnée met toutefois en évidence des dysfonctionnements significatifs dans plusieurs établissements publics, révélateurs de fragilités persistantes dans leur gestion interne.

L'Éhpad du François n'a ainsi pas procédé à la facturation des résidents bénéficiaires de l'ASH pendant quatre années. L'Éhpad Gran Moun est confronté, pour sa part, à des difficultés de recouvrement de ses factures, liées notamment au transfert, en 2024, de la régie de recettes auparavant installée au sein de l'établissement vers la direction départementale des finances publiques (DDFiP). Une telle carence, au-delà de ses implications en matière de sincérité comptable, fait peser un risque important sur les résidents et leurs familles, confrontés à des régularisations tardives, difficilement soutenable au regard de leurs ressources.

La chambre estime, dès lors, que la fiabilisation des procédures de facturation et de recouvrement constitue un préalable indispensable à la soutenabilité financière des établissements comme à la protection des résidents.

3.4.2 Des coûts à la place supérieurs à la moyenne nationale

Les coûts affichés à la place, entendus comme le coût mensuel d'une chambre seule en hébergement permanent, incluant le tarif d'hébergement et le tarif dépendance, hors tarif soins, représentent entre 2 381 € et 3 239 € par mois. Ces niveaux excèdent systématiquement le revenu médian mensuel de la population martiniquaise (1 648 € par mois)⁶⁵ et demeurent supérieurs aux références nationales, tant pour les places habilitées (74 € contre 63,5 € par jour, soit un différentiel de 320 € par mois) que pour les places non habilitées à l'aide sociale (110 €

⁶⁵ Revenus et pauvreté des ménages en 2021, région de la Martinique (02), Insee, 13 novembre 2025.

contre 95,6 €, soit un différentiel de 430 € par mois)⁶⁶.

Tableau n° 5 : coûts mensuels à la place (en euros)

<i>Etablissement</i>	<i>Place habilitée/non habilitée à l'aide sociale</i>	<i>Tarif hébergement (TH) journalier</i>	<i>Tarif hébergement (TH) mensuel</i>	<i>Tarif dépendance (TD) GIR 5-6</i>	<i>Facture mensuelle totale</i>	<i>Coût « brut » annuel à la place</i>
<i>François</i>	<i>Place habilitée</i>	72,46	2 173,80	6,92	2 381,40	28 576,80
<i>Gran Moun</i>	<i>Place habilitée</i>	75,49	2 264,70	6,89	2 471,40	29 656,80
<i>Bethléem</i>	<i>Place habilitée</i>	76,70	2 301,00	6,82	2 505,60	30 067,20
<i>Orchidée</i>	<i>Place habilitée</i>	77,64	2 329,20	7,21	2 545,50	30 546,00
<i>Prêcheur</i>	<i>Place habilitée</i>	78,74	2 362,20	7,81	2 596,50	31 158,00
<i>Floréa</i>	<i>Place habilitée</i>	79,35	2 380,50	6,85	2 586,00	31 032,00
<i>Oasis</i>	<i>Place habilitée</i>	79,94	2 398,20	7,02	2 608,80	31 305,60
<i>Orchidée</i>	<i>Place non habilitée</i>	98,79	2 963,70	7,21	3 180,00	38 160,00
<i>Oasis</i>	<i>Place non habilitée</i>	101,55	3 046,50	7,02	3 257,10	39 085,20
<i>Floréa</i>	<i>Place non habilitée</i>	108,66	3 259,80	6,85	3 465,30	41 583,60

Source : CRC de Martinique, données 2024

Toutefois, malgré ces niveaux élevés, ces coûts « bruts » ne correspondent pas au reste à charge effectivement supporté par les résidents. Celui-ci est significativement atténué par un niveau élevé de financement public, en particulier dans les établissements habilités à 100 % à l'aide sociale.

Dans les Éhpad, publics (du François, Prêcheur et Gran Moun) ou privés non lucratifs habilités à 100 % dans le cas de Bethléem, la CTM a pris en charge les deux tiers des produits liés à l'hébergement et à la dépendance sur la période 2021-2024. À l'inverse, dans les Éhpad privés lucratifs (L'Oasis et Floréa) et non lucratif

partiellement habilités (L'Orchidée), les résidents supportent près des deux tiers de la facture, le tiers restant étant financé par la CTM.

Pour autant, ces tarifs administrés demeurent très inférieurs au coût réel de fonctionnement des établissements. Calculé à partir des charges nettes d'exploitation rapportées au nombre de places installées, le coût de revient varie entre 57 500 et plus de 101 000 € par place⁶⁷, soit un écart de 30 000 € à plus de 70 000 € avec les coûts « bruts » facturés aux résidents. Selon les établissements, le coût réel peut ainsi représenter jusqu'à près de trois fois le coût affiché.

⁶⁶ CNSA, *Hausse de 4,4 % du prix de l'hébergement en EHPAD en 2023*, Repères statistiques, n°19, janvier 2024.

⁶⁷ En 2023, selon la CNSA (repères statistiques n°25), le coût moyen à la place s'élève à 54 684 € dans les Éhpad publics et privés non lucratifs.

Tableau n° 6 : coût de revient à la place dans les établissements de l'échantillon (en euros)

<i>Établissement</i>	<i>Coût « brut » moyen pondéré à la place</i>	<i>Coût de revient à la place</i>	<i>Ecart entre le coût réel et le coût affiché</i>
<i>François</i>	28 576,80	87 934,17	59 357,37
<i>Gran Moun</i>	29 656,80	57 553,67	27 896,87
<i>Bethléem</i>	30 067,20	65 586,30	35 519,10
<i>Prêcheur</i>	31 158,00	101 487,06	70 329,06
<i>Orchidée</i>	32 561,47	97 216,71	64 655,24
<i>Floréa</i>	36 637,54	65 790,12	29 152,58
<i>Oasis</i>	37 447,39	85 551,69	48 104,30

Source : données issues, en fonction des établissements et le degré de complétude des pièces transmises, des comptes de gestion, des rapports financiers ainsi que des états récapitulatifs des recettes et des dépenses⁶⁸.

Ces écarts s'expliquent notamment par les caractéristiques de l'offre médico-sociale locale. À l'exception de deux Éhpad (Le Prêcheur et Bethléem), tous les établissements de l'échantillon comportent une, voire deux UHR (L'Oasis), accueillant des résidents présentant des niveaux de dépendance et de besoins en soins particulièrement élevés. Or, à niveau de dépendance comparable, le coût de revient d'une place en Éhpad disposant d'une UHR est significativement supérieur à celui d'un établissement qui n'en est pas doté.

Il en résulte une situation structurellement déséquilibrée : malgré des coûts affichés déjà élevés non compensés par un financement public substantiel, les établissements demeurent confrontés à un modèle économique déséquilibré. Ce décalage entre coûts réels et financements constitue un facteur explicatif majeur des tensions financières observées, et éclaire les mécanismes de report de la contrainte budgétaire, analysés ci-après.

3.4.3 Une réduction des dotations institutionnelles qui se répercute sur les résidents

À la différence de la situation nationale, où seulement 8 % des places des Éhpad privés lucratifs sont habilitées à l'ASH, les établissements privés martiniquais recourent largement à ce dispositif, dans des proportions allant de 23 % à 100% de leur capacité d'hébergement permanent⁶⁹. Cette habilitation partielle constitue un levier d'adaptation permettant d'assurer la continuité de l'accueil lorsque la situation financière des résidents se dégrade, tandis que les Éhpad publics, entièrement habilités, cherchent à maintenir une part limitée de résidents non bénéficiaires de l'ASH afin de diversifier leurs recettes⁷⁰.

⁶⁸ V. Annexe n° 5. Comparaison des coûts nets de fonctionnement à la place

⁶⁹ CNSA, *Hausse de 4,4 % du prix de l'hébergement en Éhpad en 2023*, Repères statistiques, n° 19, janvier 2024.

⁷⁰ Délibération de l'Assemblée de Martinique n° 17-232-1 du 19 mai 2017 portant formalisation du dispositif de facturation différentielle des frais d'hébergement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Tableau n° 7 : un taux d'habilitation à l'ASH élevé au sein des Éhpad privés

<i>Éhpad</i>	Capacité d'hébergement total	Nombre de places habilitées	%
<i>Résidence Bethléem</i>	39	39	100 %
<i>Résidence l'Orchidée</i>	34	25	74 %
<i>Résidence Floréa - Étang Z'abricot</i>	96	45	49 %
<i>Résidence L'Oasis</i>	95	20	23 %

Source : CRC de Martinique

Ces stratégies d'ajustement, mises en œuvre pour contenir les déséquilibres entre les produits et les charges apparaissent toutefois insuffisantes au regard de l'évolution récente du cadre financier. La décision de la CTM, en mai 2025, de réduire de 6,57 % le taux d'actualisation des moyens des ESSMS constitue, à cet égard, un facteur aggravant.

Les possibilités d'augmentation des tarifs apparaissent d'ores et déjà limitées.

Les tarifs pratiqués par les établissements, tous statuts confondus, représentent déjà entre 1,20 et 2,08 fois le revenu médian des communes d'implantation⁷¹. Les Éhpad publics, ainsi que l'Éhpad privé non lucratif « *Bethléem* », habilité à 100 %, présentent des tarifs relativement contenus, compris entre 2 385 € et 2 566 € par mois. À l'inverse, les Éhpad privés lucratifs et l'Éhpad privé non lucratif « *L'Orchidée* » se situent parmi les plus onéreux de Martinique.

Tableau n° 8 : des tarifs d'hébergement élevés au regard des revenus locaux (en euros)

<i>Nom de l'EHPAD</i>	<i>Statut</i>	<i>Tarif €/mois</i>	<i>Tarif €/an</i>	<i>Commune</i>	<i>Revenu médian par UC</i>	<i>taux d'effort tarifaire</i>	<i>Ecart : tarif annuel - revenu médian</i>
<i>Centre hospitalier du François</i>	Public	2 384,70 €	28 616,40 €	<i>Le François</i>	19 610,00 €	1,46	9 006,40
<i>L'Espace Gran Moun</i>	Public	2 471,40 €	29 656,80 €	<i>Fort-de-France</i>	19 470,00 €	1,52	10 186,80
<i>Résidence Bethléem</i>	Privé non lucratif	2 475,00 €	29 700,00 €	<i>Schœlcher</i>	24 770,00 €	1,20	4 930,00
<i>Centre hospitalier du Prêcheur</i>	Public	2 565,90 €	30 790,80 €	<i>Le Prêcheur</i>	14 830,00 €	2,08	15 960,80
<i>Résidence L'Oasis</i>	Privé commercial	3 239,10 €	38 869,20 €	<i>Fort-de-France</i>	19 470,00 €	2,00	19 399,20
<i>Résidence l'Orchidée</i>	Privé non lucratif	3 243,00 €	38 916,00 €	<i>Le Lamentin</i>	21 300,00 €	1,83	17 616,00
<i>Résidence Floréa - Étang Z'abricot</i>	Privé commercial	3 249,00 €	38 988,00 €	<i>Fort-de-France</i>	19 470,00 €	2,00	19 518,00

Sources : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/> / <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

⁷¹ Observatoire des territoires, ANCT, d'après le fichier localisé social et fiscal (Filosofi).

Quel que soit leur positionnement tarifaire, l'ensemble des établissements se heurte à une contrainte identique : l'impossibilité d'augmenter significativement les recettes sans risquer de réduire l'accessibilité financière pour une partie des publics accueillis. Dans ce

contexte, la réduction des dotations publiques fait peser un risque direct soit sur le niveau de reste à charge des résidents, soit sur les conditions de leur prise en charge, traduisant un report de la contrainte financière vers les usagers.

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	54
Annexe n° 2. Principales caractéristiques des 8 ESSMS contrôlés.....	56
Annexe n° 3. Enquête de satisfaction.....	64
Annexe n° 4. Comparaison des prix et restes-à-charge par typologie d'Éhpad (en euros).....	77

Annexe n° 1. Glossaire

AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources

AMP : Aide Médico-Psychologique (devenu Accompagnant Éducatif et Social – AES)

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide personnalisée au logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent des Services Hospitaliers

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ATC : Autorité de tarification et de contrôle

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCH : Code de la construction et de l'habitation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

CTM : Collectivité Territoriale de Martinique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGS : Dotation Globale Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Éhpad : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EIG : Événement Indésirable Grave

EIGS : Événement Indésirable Grave associé à des Soins

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ERRD : État Réalisé des Recettes et des Dépenses

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Équivalent Temps Plein

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GIR : Groupe Iso-Ressources (échelle AGGIR)

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PATHOS : Référentiel national de mesure des charges en soins médicaux (outil PATHOS)

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PUV : Petites unités de vie

RAMA : Référentiel d'Analyse Médico-Administrative (outil de pilotage médico-administratif)

SAD : Service autonomie à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TOC : Taux d'Occupation

UHR : Unité d'hébergement renforcé

Annexe n° 2. Principales caractéristiques des 8 ESSMS contrôlés

L'Éhpad « *L'Oasis* »

L'Éhpad « *L'Oasis* » est un Éhpad privé commercial, situé sur la commune de Fort-de-France (76 120 habitants), localisée au centre de l'île, sur la côte Caraïbes. il a été créée le 28 décembre 2000 par M. Marc SERALINE, et a démarré son activité sur le site de Balata en décembre 2002 avec l'ouverture initiale de 39 places d'hébergement. En 2009, son fondateur cède le fonds de commerce de l'établissement à une filiale du groupe mutualiste « *unité fraternelle des régions* » (UFR). Entre 2010 et 2012, des démarches d'extension sont engagées portant la capacité d'accueil à 95 places avec l'ouverture de nouveaux bâtiments et la création d'un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places. 16 lits sont réservés aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. En 2016, la société anonyme à responsabilité limitée (SARL) « *L'Oasis* » gérée par M. Jean-Marie CLOVIS reprend l'exploitation de l'Éhpad avec le transfert de l'autorisation d'exploitation pour les huit unités d'hébergement.

L'établissement a signé une convention tripartite de deuxième génération, le 23 décembre 2013, avec l'ARS et le conseil général de Martinique, alors compétent. L'Éhpad l'Oasis a fait l'objet d'une première évaluation externe en 2014 et une nouvelle évaluation parachevée à la fin de l'année 2025, un report ayant été accordé par les ATC. Un projet d'établissement est mis en place pour la période 2022 – 2027, ainsi qu'un site internet.

L'évaluation AGGIR / PATHOS a été mise à jour assez récemment, soit le 5 juin 2024, et fait apparaître un groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré de 778 et un PATHOS pondéré moyen de 365 avec près de la moitié (48 %) des résidents dans le GIR 2. L'Éhpad l'Oasis bénéficie d'une habilitation partielle à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (ASH) pour 20 places au maximum, par arrêté du président de la CTM du 4 mai 2023.

L'Éhpad « Floréa »

L'Éhpad « Floréa », situé à Fort-de-France, est construit au cœur d'une cité composée de lotissements et de maisons environnantes. L'établissement ne fait l'objet d'aucun signallement en bordure de route, néanmoins il est géolocalisable et facile d'accès. Le bâtiment se présente sur trois étages, chacun répartis en deux ailes, en rez-de-jardin, l'accueil, les bureaux administratifs et les espaces commun de restauration, d'animation ainsi que le PASA et l'UHR.

La structure gérée par un gestionnaire privé, au statut de SARL est à but lucratif. Son taux d'habilitation à l'ASH est de 49 % soit 47 lits sur un total de 100 lits et places d'hébergement, en vertu de l'arrêté initial d'autorisation référencé n° 09-01742 en date du 29 mai 2009 renouvelé par arrêté conjoint ARS/CTM le 29 juillet 2024. Les activités autorisées initialement se répartissaient comme suit :

- 69 lits d'hébergement permanent ;
- 3 lits d'hébergement temporaire ;
- 24 lits d'hébergement destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; dont 1 en accueil temporaire ;
- 4 places d'accueil de jour.

En 2013, par arrêté conjoint n° 23-2013, de l'ARS et de la CTM, l'autorisation a été transférée de la SARL « Floréa » au profit de la SARL « Floréa Fort-de-France » sans modification capacitaire. Une révision capacitaire est intervenue en 2018, actant la suppression des quatre places d'accueil de jour. Par la suite, le 22 décembre 2022, le gestionnaire a été autorisé à créer un PASA de 14 places. Le 4 décembre 2024, le renouvellement d'autorisation est intervenu, conformément au calendrier prévu par l'article L. 313-1 du CASF. Cet Éhpad fait partie du même groupe que l'Éhpad l'Oasis et ont le même gestionnaire.

L'Éhpad « L'Orchidée »

L'Éhpad « L'Orchidée » est un Éhpad de statut privé, associatif à but non lucratif. Il est implanté sur la commune du Lamentin (39 780 habitants), située sur la façade caraïbe de l'île de la Martinique, dans l'agglomération centrale de Fort-de-France.

L'Éhpad est géré par l'association caribéenne pour le bien-être des personnes âgées (ACBEPA), régie par la loi de 1901. Sa construction a été réalisée entre 2005 et 2009, et l'ouverture officielle est intervenue au mois de juillet 2010. L'autorisation d'exploitation a été accordée depuis avril 2002 pour une capacité d'accueil initiale de 34 places d'hébergement permanent. Une convention pluriannuelle tripartite (CPT) a été signée avec les autorités de contrôle pour la période 2015-2020.

L'Éhpad se présente comme un établissement spécialisé dans la prise en charge des troubles cognitifs, notamment pour les personnes désorientées, et celles dites « déambulantes ». L'évaluation AGGIR / PATHOS, mise à jour par l'établissement le 25 juillet 2025, fait apparaître un GIR moyen pondérée moyen de 850 points et un PATHOS moyen pondéré de 158 points. Sa capacité d'accueil actuelle est de 34 places d'hébergement permanent dont 14 places en PASA et, depuis 2016, 14 en UHR. Cette unité sécurisée est destinée aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées.

L'établissement est constitué d'un bâtiment de plain-pied, tout en longueur. Cette architecture est adaptée pour répondre aux besoins spécifiques de personnes souffrant de troubles cognitifs, en particulier les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles importants du comportement.

Enfin, l'Éhpad est habilité, pour 25 places sur 34, à recevoir des bénéficiaires de l'ASH et conventionné à l'aide personnalisée au logement (APL).

L'Éhpad du François

L'Éhpad du François est un établissement public rattaché au centre hospitalier du François qui développe une activité de « *soins de suite et de réadaptation* » (SSR), disposant d'une capacité d'accueil de 35 lits d'hospitalisation. L'Éhpad est situé sur la commune du François (15 928 habitants), localisée sur la façade atlantique de l'île de la Martinique, au sein de l'unité urbaine du Robert et de l'aire d'attraction de Fort-de-France.

L'Éhpad dispose d'une autorisation d'exploitation depuis octobre 1991, lors de la transformation des lits d'hospice de l'hôpital existant depuis 1964 en maison de retraite. Sa capacité d'accueil initiale était de 20 places d'hébergement permanent. L'ensemble constitué par l'hôpital et l'Éhpad est localisé depuis 2013, à la suite d'une reconstruction, sur le site de la Pointe Courchet au François. Lors de l'opération de reconstruction, l'Éhpad a été autorisé par les autorités compétentes à étendre de 30 places supplémentaires sa capacité d'accueil, la portant à son niveau actuel de 50 places. Le centre hospitalier bénéficie à ce jour d'une autorisation d'exploitation de 15 ans, valable jusqu'en 2031 et a conclu avec l'ARS (uniquement) un CPOM pour la période 2024-2029.

Le bâtiment occupé par l'Éhpad est formé de deux volumes en demi-couronnes abritant essentiellement les unités d'hébergement, séparées au milieu par un volume central rectangulaire comprenant des services de soins, des espaces réservés à la vie collective et un espace réservé à l'accueil et aux activités administratives.

L'évaluation AGGIR / PATHOS la plus récente fait apparaître un GIR moyen pondéré de 715,92 points et un PATHOS pondéré moyen de 301 points. L'Éhpad bénéficie d'une habilitation à recevoir pour 50 places habilitées des bénéficiaires de l'aide sociale par arrêté du président de la CTM du 30 juin 2017. Il dispose actuellement de 36 places en secteur ouvert et de 14 en UHR.

L'Éhpad du Prêcheur

L'Éhpad du Prêcheur est un établissement public, situé au sein du quartier résidentiel « Préville » de la commune qui compte 1 489 habitants, au nord de la Martinique. Cet établissement de 40 places est rattaché depuis 2012 au centre hospitalier nord caraïbe (CHNC), lequel regroupe, quant à lui, deux hôpitaux publics localisés au Carbet et à Saint-Pierre.

Fondé en 1979 sous la forme d'une maison de retraite municipale initialement destinée à accueillir les personnes âgées du bourg dans un cadre communal modeste, l'Éhpad a au fil des années évolué pour répondre aux besoins croissants en matière de dépendance, obtenant son statut d'Éhpad en 1983 avec une capacité initiale de 28 places. En janvier 2012, l'établissement a été intégré au CHNC marquant une étape-clé dans sa modernisation et sa gestion hospitalière. Ce rattachement a permis un déménagement en 2014 vers de nouveaux locaux au quartier « Préville », construits en 2011 par le bailleur social Ozanam, augmentant la capacité à 40 places et intégrant en décembre 2015 une unité sécurisée pour les malades d'Alzheimer. En 2017, le renouvellement d'autorisation de l'Éhpad du CHNC a été acté, ainsi que son habilitation à l'aide sociale.

L'Éhpad se compose d'un bâtiment principal de trois niveaux offrant une capacité totale de 40 places, dont 25 en hébergement habituel de vie, 10 en unité sécurisée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles du comportement, et 5 en hébergement temporaire pour soulager les aidants familiaux sur des durées de cinq jours à trois mois. Un bâtiment annexe d'un seul niveau, et accessible par une passerelle, complète l'Éhpad regroupant les locaux techniques et ceux réservés au personnel : cuisine, buanderie, vestiaires, locaux de stockage notamment. Il n'y a pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). L'Éhpad du Prêcheur est dirigé par le directeur du CHNC.

L'établissement a signé sa première convention tripartite en 2001. Par ailleurs, l'établissement a mis en place un projet d'établissement portant sur la période 2025-2029 et a fait l'objet d'une évaluation en mars 2025 par un cabinet habilité.

Le GIR moyen pondéré est de 730,57 et le PATHOS moyen pondéré est de 163 avec 74,3 % des résidents classés dans les GIR 2 et 3. L'âge moyen des résidents est de 85 ans et 9 mois, et la durée moyenne de séjour est d'une année et quatre mois.

L'Éhpad « *Gran Moun* »

L'Éhpad « *Gran Moun* » est un établissement public rattaché au centre communal d'action sociale de Fort-de-France. Situé à proximité des transports et du centre hospitalier universitaire, il dispose de 64 places, soit 60 places en hébergement permanent et 4 en hébergement temporaire, dont une unité protégée de 16 places dédiée aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'établissement accueille une population très dépendante pour un âge moyen de 84,8 ans, avec des besoins en soins importants, notamment psychiatriques. Le taux d'occupation s'établit à près de 89 % en 2024, en partie minoré par des difficultés à pourvoir les places temporaires ou celles non habilitées à l'aide sociale, payantes. Le foyer-logement « *La Yole Gran Moun* », précurseur de l'Éhpad actuel, a été construit en 1985. L'autorisation de création de l'Éhpad, d'une capacité initiale de 64 places, a été par la suite confirmée, notamment sous l'effet des besoins identifiés dans le schéma départemental de l'autonomie de la Martinique de 2019.

Construit sur quatre niveaux, l'établissement a été habilité par les autorités de tarification à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour 48 places d'hébergement permanent, ce qui représente 75 % du total des places d'hébergement permanent.

L'Éhpad « *Bethléem* »

L'Éhpad « *Bethléem* » est un établissement privé, associatif à but non lucratif, actuellement autorisé pour 50 lits d'hébergement dont 14 places au sein du PASA. Sa situation géographique, sur les hauteurs de la commune de Schoelcher (Terreville), et ses capacités bâtimementaires, composées d'îlots de vie disséminés sur une emprise foncière considérable, constituent deux atouts importants de cet établissement. L'établissement répond à un besoin social et médicosocial sur le territoire, notamment du centre-Martinique. Il est habilité à 100 % à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), par la CTM, et son taux d'occupation est satisfaisant, quoique perfectible, soit plus de 88 % durant la période sous revue.

Malgré des tarifs de séjour et d'hébergement globalement supérieurs à la moyenne nationale, l'Éhpad Bethléem attire des résidents venus de toute la Martinique. Cet établissement est géré par une association privée loi 1901 dont les statuts initiaux du 14 décembre 1917 ont été modifiés le 20 juin 2013 par le conseil d'administration, stipulant le changement de dénomination « Asile Bethléem » en « Maison de retraite Bethléem », créée à l'époque à Fort-de-France, et gérée par des religieuses grâce à des dons. L'Éhpad Bethléem est ainsi le plus ancien établissement de l'île de la Martinique, accueillant des personnes âgées.

Le Sad « Alliance »

Le Sad « *Alliance* » a été créée le 16 février 1996 par une association loi 1901 déclarée à but non lucratif, gestionnaire d'une structure unique dénommée « Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (Saad) Alliance ». Ce service est aujourd'hui un service dit - service autonomie à domicile (Sad) - au sens du CASF. Le siège de l'association et les services du Sad sont situés à la même adresse, à Rivière Pilote, commune de 11 695 habitants à l'extrémité sud de la Martinique. Le bâtiment est localisé dans un quartier résidentiel. Il s'agissait au départ d'une habitation, qui a été progressivement aménagée en bureaux atteignant désormais 200 m². Il est situé à 2,4 kilomètres de la route départementale n° 18, reliant la partie sud de la Martinique au centre de l'île, et une signalétique, assurée par deux panneaux, permet un accès au site.

Le dernier agrément, avant l'attribution d'une autorisation des autorités de tarification, date du 13 janvier 2013. Le Sad n'est pas habilité à l'aide sociale, seuls deux l'ayant obtenu en Martinique.

L'autorisation du service est accordée pour la totalité du territoire martiniquais pour une durée de 15 ans, à compter du 2 mars 2020. À partir de cette date, le Sad Alliance devient service médicosocial entrant dans le champ d'application habituel du 6° de l'article L. 312-1 du CASF. L'implantation géographique des locaux a pour conséquence une concentration des bénéficiaires usagers dans le sud de la Martinique. Toutefois, dans une moindre mesure, les secteurs centre et nord de la Martinique, regroupés depuis un an, participent également à l'activité de ce Sad.

Si la structure fait état de multiples conventions attestant de plusieurs financeurs, la CTM demeure toutefois son principal financeur. Le Sad Alliance génère un chiffre d'affaires de 2,5 millions d'euros. Le nombre d'ETP est de 97, dispensant 97 000 heures de prestations à domicile. Le nombre de bénéficiaires s'établit en 2025 à 300 personnes.

Annexe n° 3. Enquête de satisfaction

ANALYSE des RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION – EPHAD DE LA MARTINIQUE – 2025

- Enquête n°1 : les USAGERS : 41 réponses
- Enquête n°2 : les FAMILLES : 78 réponses
- Enquête n°3 : les PROFESSIONNELS : 141 réponses

Préambule : compte tenu du peu de réponses, l'analyse se fera de manière globale avec un zoom sur établissement lorsqu'un taux de réponse sur un point le(s) met en exergue par rapport aux autres.

ENQUETE N°1 : LES USAGERS

SYNTHESE de l'enquête de satisfaction des USAGERS :

Nous avons obtenu 41 réponses sur 417 places, soit un taux global de réponse de seulement 10 %.

4 établissements sur 7 brillent par leur quasi absence de participation, que sont BETHLEEM, FLOREA, l'OASIS, et l'ORCHIDEE.

La relance effectuée n'a permis que de récupérer 10 réponses du GRAN MOUN, et les réponses promises par certains ne nous sont pas parvenues au 5 décembre malgré des échanges téléphoniques.

Les résidents sont très satisfaits, à près de 80 %, sur de très nombreux items, en sachant que 83% de ces réponses ont été rédigées avec de l'aide d'un proche ou d'un soignant pouvant potentiellement influencer l'orientation des retours et mettre en doute la sincérité.

Les points saillants de mécontentement se portent sur la régulation de la température, l'alimentation, et le défaut d'information et de documentations fournis aux résidents.

Sur les points spécifiques de la tarification, les droits du résident, le parcours patient, la charte, le contrat de séjour, et le document des directives anticipées, ce sont des informations manquantes dans de très nombreux cas ; tous les établissements participants sont cités sans exception.

Informations générales

A septembre 2025, on comptabilisait seulement 28 réponses et après relance faite auprès du pôle d'animation en novembre et la saisie d'exemplaires papier rapportés, on note une progression pour atteindre 41 réponses dont 83 % des réponses ont été faites avec de l'aide. Sur certaines enquêtes, constatant que quasiment toutes les cases sont estampillées « très satisfait », on peut porter une interrogation sur leur sincérité.

En termes de représentativité, l'analyse de cette enquête est donc à mettre en rapport avec le taux de réponse de chaque établissement et reste difficilement représentative.

ETABLISSEMENT	Avec l'aide d'un proche ou d'un soignant		Total général	Nbr Résident	Taux rép
		Seul(e)			
EHPAD Bethleem, à Schoelcher		1	1	50	2%
EHPAD CH François, Le François	4	2	6	38	16%
EHPAD CH Prêcheur, à Le Prêcheur	6		6	40	15%
EHPAD Florea, Fort-de-France		2	2	96	2%
EHPAD l'Oasis, Fort-de-France		2	2	95	2%
EHPAD l'Orchidée, Le Lamentin	2		2	34	6%
SAAD Alliance, Rivière Pilote	12		12		#DIV/0!
Espace Gran moun, Fort-de-France	10		10	64	16%
Total général	34	7	41	417	10%

63 % des résidents ont plus de 2 ans de présence dans l'établissement.

Certains ont mis la date du jour en guise de date de naissance, l'analyse de la moyenne d'âge est donc faussée. Si on extrait ces dates erronées, la médiane d'âge est de 83,9 ans, et ce sont essentiellement des femmes qui ont répondu à 78 %.

1 – Accueil

78 % des répondants sont très satisfaits de l'accueil, mais 18 % considèrent qu'il y a encore de l'amélioration à faire, et 4 % considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment bien traités voir mal accueillis. L'établissement du PRÊCHEUR constate les quelques mécontentements.

C'est l'item intitulé « l'équipe soignante me consacre du temps raisonnable et répond à mes demandes » qui a la plus petite part de satisfaction positive.



2 – Soins et Aide

74,7 % sont très satisfaits et les 25 % restants sont étonnamment dans une réponse majoritaire « ne se prononce pas ».

L'item qui a le moins de score positif est que le suivi médical dans l'établissement et notamment le SAAD, ce qui s'explique par la nature de l'établissement sans structure physique d'accueil.

🔗 Soins et aide : Êtes-vous satisfait des soins et de l'aide que vous recevez pour votre santé et votre bien-être ? (Par exemple, aide pour la toilette, les médicaments, etc.) (0 point)

- Oui je suis très satisfait(e) ✓ ● Je suis bien traité(e), mais j'attends de l'amélioration. ●
 ● Je ne suis pas assez bien traité(e), le niveau est insuffisant. ● ● Je suis mal accueilli(e) dans mon établissement. ✗
 ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

L'équipe soignante répond suffisamment à mes besoins d'hygiène.

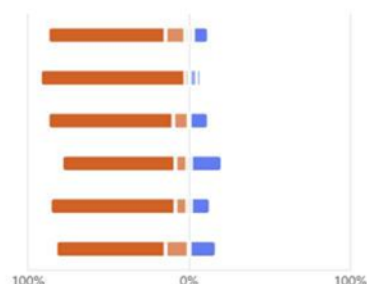
Je dispose d'un matériel suffisant pour prendre soin de moi (savon, dentifrice, produits d'hygiène en général).

Je suis aidé(e) lorsque j'ai besoin de me rendre aux toilettes.

Mon suivi médical est assuré convenablement dans l'établissement.

Je vois le médecin et les spécialistes (dentistes, kinésithérapeutes, etc) lorsque j'en ai besoin.

L'établissement coordonne et facilite mes déplacements ou visites médicales.



3 – L'écoute

Globalement, les résidents se sentent écoutés ; le seul bémol provient d'un relatif manque d'écoute par les professionnels ; aucun établissement ne se démarque dans cet item.

Question 🗣️ **Écoute** : Vous sentez-vous écouté(e) lorsque vous parlez ou demandez quelque chose au personnel ? (Le personnel prend-il le temps d'écouter vos besoins et vos opinions ?) (0 point)

- Oui je suis très satisfait(e) ✅
- Je suis bien traité(e), mais j'attends de l'amélioration. 🟡
- Je ne suis pas assez bien traité(e), c'est insuffisant. 🔴
- Non, je ne suis pas du tout écouté(e), cela s'apparente à de la maltraitance. ❌
- Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer. 🔵

Je peux m'exprimer librement auprès de l'équipe soignante.

Je me sens écouté(e) par les professionnels de mon établissement.

Dans mon quotidien, mon avis est pris en compte lorsque je m'exprime.



4 – La sécurité

Le sentiment d'insécurité le plus prononcé chez les résidents est envers les autres résidents. Comme le score de la sécurité en journée est haut, on pourrait en déduire que les résidents se sentent en insécurité essentiellement la nuit. Ceci est très marqué pour les personnes vivant seules puisque ce sont les réponses du SAAD qui recueillent ces statistiques d'insécurité durant la nuit.

La seule structure marquant une forme insécurité concerne le CH ST FRANCOIS.

Question 🛡️ **Sécurité** : Vous sentez-vous en sécurité là où vous êtes ? (Vous sentez-vous protégé, sans danger) (0 point)

- Oui, je suis très satisfait(e) ✅
- Je me sens en sécurité mais, j'attends encore de l'amélioration. 🟡
- Je ne suis pas assez en sécurité, c'est insuffisant. 🔴
- Je subis des actes de violence (verbale, physique ou psychologique), de la maltraitance. ❌
- Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer. 🔵

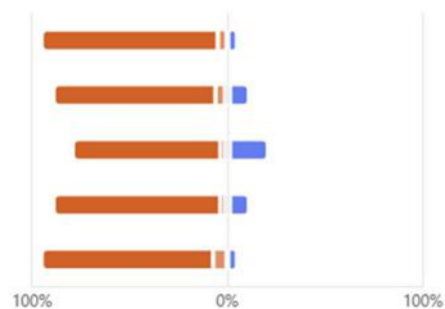
Dans mon établissement, je me sens protégé(e) et en sécurité la journée.

Dans mon établissement, je me sens protégé(e) et en sécurité la nuit.

Je me sens en sécurité vis à vis des autres résidents.

Je me sens en sécurité vis à vis des visiteurs.

Je me sens en sécurité vis à vis des professionnels de l'établissement.



5 – Le confort

Indéniablement, le manque de moyens pour adapter la température comme la climatisation est le point faible de certains établissements (LE PRÊCHEUR, GRAND MOUN et naturellement les personnes à domicile pour le SAAD).

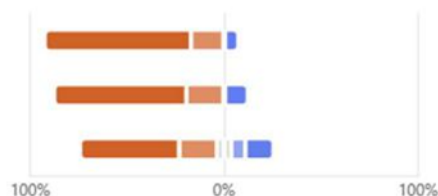
Question  **Confort** : Etes-vous bien installé(e) et confortable dans votre chambre et dans votre établissement ? (Votre lit, votre fauteuil, la température de la pièce, etc. vous conviennent-ils ?) (0 point)

- Oui je suis très satisfait(e)  ● Je suis bien traité(e), mais il y a encore de l'amélioration.  ● Je ne suis pas assez bien traité(e), c'est insuffisant.
- L'environnement est médiocre, cela s'apparente à de la maltraitance.  ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

La qualité du lit, de la literie et des fauteuils de ma chambre, est correcte.

La qualité des meubles et aménagement des espaces communs, est correcte.

L'établissement a des dispositifs suffisants (climatisation, ventilation, chauffage) pour adapter la température de mon lieu...



6 – La propreté

Les résidents sont à 80% satisfaits de la propreté des locaux, ce qui est concordant avec les visites sur sites.

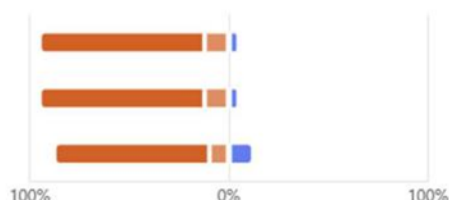
Question  **Propreté** : Est-ce que mon lieu de vie est toujours propre et bien entretenu ? (0 point)

- Oui je suis très satisfait(e)  ● L'endroit est propre, mais, j'attends encore de l'amélioration.  ● L'endroit n'est pas propre, c'est insuffisant.
- L'environnement est sale, cela s'apparente à de la maltraitance.  ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

Ma chambre est propre et bien entretenue.

Les sanitaires sont propres et bien entretenus.

Les lieux communs sont propres et bien entretenus.



7 – L'alimentation

Lorsque cela concerne la restauration, les statistiques de satisfaction sont nettement moins bons (autour de 50 %) puisqu'on descend à seulement 43 % pour la qualité et le goût des plats servis.

Seulement 2,4 % se disent sous alimentés, notamment au CH ST FRANCOIS et au GRAN MOUN.

Question  **Alimentation** : Aimez-vous les repas qu'on vous propose ? (Le goût des plats vous plaît-il et les quantités sont-elles suffisantes pour vous ?) (0 point)

- Oui je suis très satisfait(e)  ● Oui, mais j'attends encore de l'amélioration.  ● C'est insuffisant. 
- Je suis sous-alimenté(e), ou mal nourri(e). Cela s'apparente à de la maltraitance.  ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

Je mange à ma faim.

Les qualité et le goût des plats me plaisent.

Mon alimentation est riche et variée.

Les plats qu'on me sert, respectent mes choix alimentaires (option végétarienne, végétalienne, convictions religieuses etc.)

Mon alimentation est adaptée à mes conditions de santé (régime sans sucre, sans sel, etc.)

En général, je peux demander un plat de substitution si un aliment ne me convient pas.



8 – Les activités

A un score de 73 %, les résidents considèrent que l'offre de choix d'activités semble être variée et à 61 % avec des activités qui leur plaisent. Les rares réponses négatives proviennent du SAAD, ce qui s'explique par la nature de la structure qui n'en propose pas.

. Question 🎵 **Activités** : Les activités ou sorties proposées vous plaisent-elles ? (Par exemple : ateliers, jeux, musique, discussions, promenades...) (0 point)

☒ Oui je suis très satisfait(e) ☒ Je suis bien traité(e), mais il y a encore de l'amélioration. ☐ Je ne suis pas assez bien traité(e), c'est insuffisant. ☐ On ne me propose aucune activité. ☐ Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

On me propose des activités régulièrement.

On me propose des activités qui me plaisent.

Les activités proposées sont suffisamment variées.

Les activités proposées sont adaptées à ma condition et mes capacités.



9 – La vie sociale

La vie sociale reflète le lien transgénérationnel car plus de 90 % des résidents reçoivent la visite d'un proche régulièrement qui est lui-même bien accueilli par le personnel. Le pourcentage en bleu de l'item « la visite des autres résidents ne me gênent pas » qui pourrait être lu comme un point négatif, n'est que le reflet des réponses « je ne sais pas » des usagers du SAAD.

. Question 👤 **Vie sociale** : Êtes-vous satisfait des modalités de visite(s) sur votre lieu de vie ? (0 point)

☒ Oui, je suis très satisfait(e) ☒ Oui, mais j'attends encore de l'amélioration. ☐ C'est insuffisant. ☐ Non, l'environnement est maltraitant. ☐ Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer.

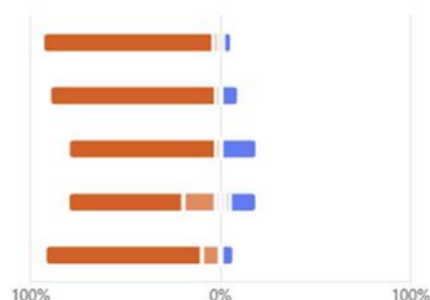
Mes proches peuvent me rendre visite régulièrement.

Lorsque mes proches me rendent visite, ils sont bien accueillis par le personnel.

La visite des proches des autres résidents ne me gênent pas (horaires, nuisances sonores, etc.)

Lorsque je souhaite contacter mes proches, l'établissement me met à disposition du matériel (téléphone, tablette, etc.)

Je ne me sens pas isolé(e), je suis bien entouré(e).



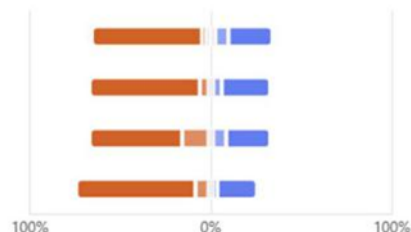
10 – Items concernant la participation à la vie de l'établissement, les informations générales et documentation reçus

Dans ces 3 items liés à l'information de manière générale, la satisfaction connaît un pourcentage bien moindre. Même si la satisfaction tourne autour de 60 % sur la participation à la vie de l'établissement, ils ne sont que 50 % à considérer que leur opinion est prise en considération sur les sujets importants ; les 2 seules réponses de FLOREA indiquent à 100 % que le résident n'est pas consulté.

Question **Participation à la vie de l'établissement** : Êtes-vous satisfait(e) des moyens mis à votre disposition pour participer à la vie de votre établissement ? (0 point)

● Oui je suis très satisfait(e) ☒ ● Je suis consulté(e), mais il y a encore de l'amélioration. ☐ ● Je ne suis pas assez consulté(e), c'est insuffisant. ☐ ● Non, je me sens mis(e) à l'écart et jamais consulté(e). ☒ ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer. ☐

Je suis tenu(e) régulièrement informé(e) de la vie de mon établissement.
Mon établissement a mis en place un Conseil de Vie sociale, et je sais que je peux y participer.
Mon établissement sollicite régulièrement mon opinion sur les sujets importants.
Je me sens concerné(e) par la vie de mon établissement.



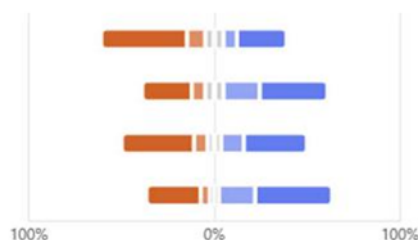
C'est sur ce point d'information générale que les scores sont les moins bons de l'ensemble de l'enquête, et notamment sur le défaut d'information sur la tarification, sur les droits du résident, et sur le parcours patient. Tous les établissements sont cités avec une pointe négative à 100% des réponses du PRECHEUR (les 6 uniques réponses avec « information non reçue ou je ne sais pas »).

Le point du défaut d'information sur le parcours du patient est très fort au PRECHEUR (5/6 réponses) et au GRAN MOUN (7/10 réponses).

Question **Information générale** : À l'entrée en établissement /service, avez reçu suffisamment d'informations et de documents sur la prise en charge et le fonctionnement de l'établissement/service ? (0 point)

● Oui je suis très satisfait(e) ☒ ● Oui, mais je n'ai pas compris l'information. ☐ ● L'information reçue est insuffisante. ☐ ● Non, aucune information reçue. ☒ ● Je ne sais pas, ou ne souhaite pas me prononcer. ☐

Informations sur le fonctionnement du service/établissement
Informations sur la tarification
Informations sur les droits du résident
Informations sur le parcours patient



Ils sont à 70 % à se plaindre « de ne pas avoir reçu ou ne pas savoir » les documents de la charte, du contrat de séjour, et des directives anticipées. Cela concerne tous les établissements.

Question (pour les résidents des EHPAD seulement) **Documentation** : À l'entrée en établissement, j'ai reçu les documents suivants : (0 point)

● Oui ☒ ● Non ☒ ● Je ne sais pas ☐

La Charte de la personne accueillie (Incluse dans le livret d'accueil)
Le règlement de fonctionnement (Inclus dans le livret d'accueil)
Le contrat de séjour
Un document invitant à désigner la personne de confiance
Un document invitant à rédiger les directives anticipées



11 – Réponse et avis libres

Les 17 commentaires spontanés sont très hétérogènes et relativement positifs ; on note seulement, à titre d'exemples, une plainte sur les activités au PRECHEUR, et la mauvaise humeur des professionnels au CH ST FRANCOIS.



ENQUETE N°2 : LES FAMILLES**SYNTHESE de l'enquête de satisfaction des FAMILLES :**

Nous avons obtenu 78 réponses, soit un taux global de réponse de 19 % ramené au nombre de places.

Le plus fort taux de réponse concerne BETHLÉEM, ORCHIDÉE qui sont 2 établissements ou nous n'avons pas obtenu de réponses de la part des usagers.

Les familles sont satisfaites et recommandent à plus de 70 % l'établissement dans lequel réside leur parent. On note le lien transgénérationnel fort car la famille les visite plusieurs par semaine.

Les familles sont satisfaites à 82 % sur la communication d'informations qui leurs sont transmises au moment de la prise en charge de leur parent à leur entrée.

Ils acquiescent globalement avoir reçu les documents (*charte, règlement, contrat de séjour, personne de confiance*), sauf le document invitant à rédiger les directives anticipées en reflet avec les réponses des usagers. Par rapport à l'enquête sur les usagers, en toute légitimité, il pourrait en être déduit que c'est la famille qui réceptionne et gère les documents pour leur parent qui n'en a que peu de connaissance.

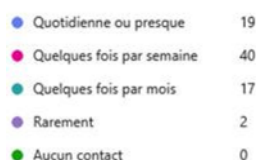
L'écueil modéré constaté réside dans la tarification où 33 % des familles sont peu satisfaites.

Informations générales

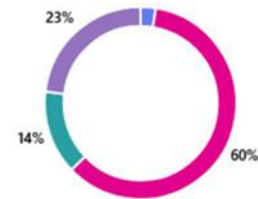
78 réponses ont été enregistrées au 25/11/2025, représentant 19 % des familles considérant 1 famille par résident. Le plus fort taux de participation est de 59 % pour l'ORCHIDÉE et de 48 % pour BETHLÉEM, soit 1 famille sur 2 a donné son avis.

Le plus bas taux de réponse (*autour de 10 %*) concerne le PRÊCHEUR (4) et le GRAN MOUN (7).

ETABLISSEMENT	Nom	Nbr	Ta
EHPAD Bethleem, à Schoelcher	24	50	48%
EHPAD CH François, Le François	11	38	29%
EHPAD CH Prêcheur, à Le Prêcheur	4	40	10%
EHPAD Floréa, Fort-de-France	0	96	0%
EHPAD l'Oasis, Fort-de-France	10	95	11%
EHPAD l'Orchidée, Le Lamentin	20	34	59%
Espace Gran moun, Fort-de-France	7	64	11%
SAAD Alliance, Rivière Pilote	2		#D
Total général	78	417	19%



Conjoint(e)	2
Enfant	47
Frère/sœur	11
Autre	18



Pour la moitié des réponses, ce sont les enfants des résidents qui ont répondu et qui visite leur parent plusieurs fois par semaine ; cette dernière information conforte la prégnance du lien familial.

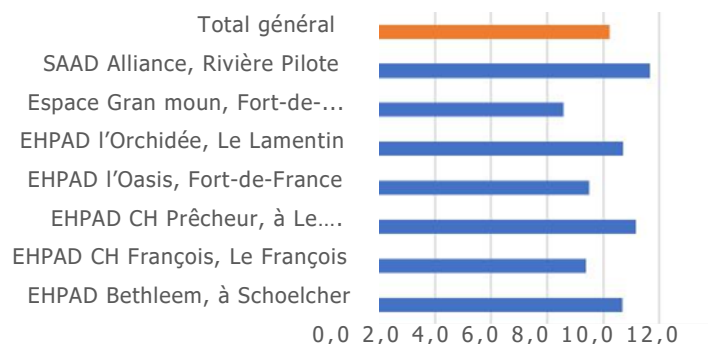
1 – Satisfaction et information aux familles

Pour les 10 sujets suivants d'information à destination des familles (*communication de l'établissement sur la situation du résident, suivi des incidents, disponibilité de l'équipe, sécurité de la personne, respect et bienveillance, association aux décisions, accueil des familles, activités, conditions de vie matérielle, qualité de vie du résident*), les familles sont globalement satisfaites à 60 %, moyennement satisfaites à 25 %, et non satisfaites à 14 %.

Les insatisfaits sont des familles de résidents du GRAN MOUN avec une moyenne de note à 6,6 /10, notamment sur les 2 thèmes précis que sont la communication de l'établissement sur la situation du résident et la sécurité.

Les familles satisfaites sont celles des résidents du PRÊCHEUR avec une moyenne de 9,2/10 ; elles font tout de même état de leur mauvaise notation sur mêmes thèmes que ci-dessus portant sur la communication de l'établissement et la sécurité.

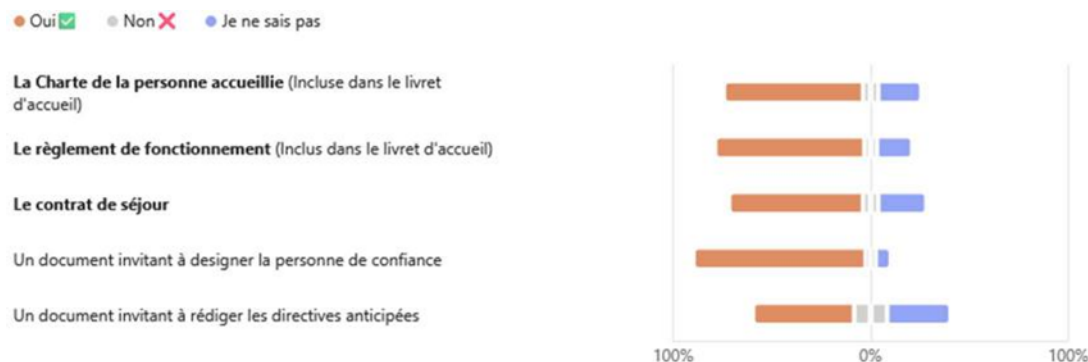
Moyenne de NOTE



2 – Transmission des divers documents

A la question « à l'entrée, votre proche et vous, avez-vous reçu suffisamment d'informations sur la prise en charge et le fonctionnement de l'établissement », à plus de 82 %, ils ont été informés sur le fonctionnement, la tarification et les droits du résident. Ils restent néanmoins mitigés concernant le parcours du patient, et seulement 4 familles n'ont pas eu d'information sur le sujet seul de la tarification (2 au à St FRANÇOIS et 2 à l'OASIS).

A la question de la transmission des « documents à destination des résidents » (*charte, règlement, contrat de séjour, personne de confiance*), ils ont globalement reçu à 70 % tous les documents. Proportionnellement à leur nombre de réponses, BETHLEEM et l'ORCHIDEE sont les deux établissements qui recueillent le meilleur score de satisfaction.



3 – Rapport qualité-prix

De manière homogène, les familles sont à 33 % très moyennement voire non satisfaites sur le rapport qualité prix. La plus forte part des insatisfaits sur cet aspect concerne BETHLEEM (14 familles sur 78).

4 – Satisfaction globale et recommandation

Les familles sont satisfaites et recommandent à plus de 70 % l'établissement dans lequel est placé leur parent. Rapporté au nombre de réponses par établissement, c'est le PRECHEUR qui obtient le meilleur score positif, suivi de près par l'ORCHIDEE. Le moins recommandé est le GRAN MOUN.

Pour conclure, sur les 44 commentaires libres, ce sont les mots « Prise, Accueil, Charge » qui ressortent de manière ex-exæquo d'où on ne peut guère tirer une ligne directrice d'avis tant ils sont différents.

On note néanmoins 4 avis strictement identiques pour BETHLEEM sur une « communication à revoir sur la prise en charge médicale » et où les notations sur tous les items de l'enquête sont identiques ou très proches. Est-ce le fruit d'une seule famille ? Famille qui reconnaît globalement avoir obtenu les documents et informations, mais qui note très moyennement les autres items sur la vie quotidienne.



ENQUETE N°3 : LES PROFESSIONNELS**SYNTHESE de l'enquête de satisfaction des PROFESSIONNELS**

Un grand nombre de professionnels ont participé à cette enquête via la version dématérialisée, puisque 141 réponses ont été enregistrées sur un effectif d'environ 451 agents, soit un taux de réponse de 31 %.

Le constat général fait état d'une excellente relation et lien qu'ils entretiennent avec leurs résidents, mais ils déplorent l'absence de formation professionnelle régulières pour améliorer leurs compétences.

De plus, les agents se plaignent d'un manque de communication, et de soutien de leur hiérarchie face à leurs difficultés rencontrées dans le cadre de la pratique de leur métier.

Informations générales

141 réponses ont été enregistrées au 25/11/2025, et quasiment à 100 % en version dématérialisée permettant d'avoir une vision éclairée sur le ressenti de ces professionnels. Les personnels de GRAN MOUN et BETHLEEM ont le plus fort de taux de représentativité des réponses.

Il est comptabilisé 113 contractuels, 27 fonctionnaires, et 1 intérimaire, avec une proportion de 53 % ayant une ancienneté de plus de 5 ans traduisant une stabilité dans l'emploi.

ETABLISSEMENT	Nbr Agent	Nbr Réponse	Taux Reponse
EHPAD Bethleem, à Schoelcher	43	24	56%
EHPAD CH François, Le François	50	16	32%
EHPAD CH Prêcheur, à Le Prêcheur	56	30	54%
EHPAD Florea, Fort-de-France	55	2	4%
EHPAD l'Oasis, Fort-de-France	80	7	9%
EHPAD l'Orchidée, Le Lamentin	35	17	49%
Espace Gran moun, Fort-de-France	42	27	64%
SAAD Alliance, Rivière Pilote	90	18	20%
Total général	451	141	31%

	Aide-soignant(e) ou ASH		Cadre de santé / Médecin	Direction / personnel admin		
EHPAD Bethleem, à Schoelcher	7	9	1	3	4	24
EHPAD CH François, Le François	9	4	2		1	16
EHPAD CH Prêcheur, à Le Prêcheur	14	9	1	4	2	30
EHPAD l'Oasis, Fort-de-France	5	1		1		7
EHPAD l'Orchidée, Le Lamentin	6	9		1	1	17
Espace Gran moun, Fort-de-France	13	7	1	3	3	27
SAAD Alliance, Rivière Pilote	1	16		1		18
EHPAD Florea, Fort-de-France		2				2
Total général	55	57	5	13	11	141

Sur la totalité des items de satisfaction au travail et d'organisation proposés par le questionnaire, la note qui tend vers le 10 reflète un très bon niveau de satisfaction (*notation entre 8 et 10 selon MicrosoftForms*) ; les 2 tableaux ci-dessous vous donne une image, par établissement, et par items.

Rapporté au volume de réponses, la tendance générale du bien-être au travail se vit dans les établissements du PRECHEUR et du GRAN MOUN ; à l'opposé de cette tendance, BETHLEEM et le CH ST FRANCOIS se sentent moins bien dans leurs missions.

Etablissement	Moyenne de note
EHPAD Bethleem, à Schoelcher	6,7
EHPAD CH François, Le François	6,7
EHPAD CH Prêcheur, à Le Prêcheur	7,3
EHPAD Florea, Fort-de-France	7,5
EHPAD l'Oasis, Fort-de-France	7,4
EHPAD l'Orchidée, Le Lamentin	7,6
Espace Gran moun, Fort-de-France	7,3
SAAD Alliance, Rivière Pilote	7,8
Total général	7,2

Globalement, les agents retirent de la forte satisfaction dans la bonne relation avec les résidents (*score 8,9*). C'est à BETHLÉEM et au SAAD que le lien avec les résidents est le plus fort ; FLOREA a un bon score mais seulement avec 2 réponses. Par contre c'est au CH ST FRANCOIS que la notation est la plus basse.

Ces tendances semblent avoir une corrélation avec le type d'établissement, comme plus de distanciation pour un établissement hospitalier, et inversement une proximité accrue pour les usagers du SAAD.

Les deux plus grandes difficultés remontées sont l'absence de formations (*score 6,2/10*) et d'écoute par leur direction (*score 6,7*).

Les agents de BETHLÉEM remontent une grande insatisfaction concernant le manque de soutien de leur hiérarchie en cas de difficulté rencontrée (*score 4,6*).

Les agents du CH ST FRANCOIS (*score 5,9*) et de l'ORCHIDÉE (*score 6,5*) mettent en avant le manque d'accès à des formations régulières et une défaillance relative dans les conditions organisationnelles (*horaires, organisation des services, ambiance générale*).

On note également une tendance de manque et de qualité des ressources matérielles mis à disposition pour les personnels de ST FRANCOIS, et étonnamment pas de notation négative pour les personnels du SAAD qui doivent opérer à domicile.

Un esprit d'équipe en berne ressort pour BETHLÉEM et ST FRANCOIS, et c'est au FLORÉA où il existe la meilleure notation d'ambiance de travail entre professionnels.

Satisfaction au travail et en organisation	Moyenne de note
Qualité des soins rendus : « Je suis satisfait(e) de la qualité du travail et des soins que nous fournissons aux résidents/usagers. »	7,6
Relations avec les résidents : « Les relations avec les résidents (ou usagers) sont positives et j'entretiens un bon contact avec eux dans mon travail. »	8,9
Relations avec les familles : « Les relations avec les familles des résidents sont constructives et satisfaisantes (communication, compréhension mutuelle). » Mon établissement met à dispositions des moyens de communication suffisants.	7,5
Charge de travail : « Je dispose de suffisamment de temps, et d'une bonne répartition des tâches, pour bien faire mon travail au quotidien. »	6,9
Conditions de travail : « Les conditions organisationnelles de mon établissement /service (horaires, organisation des services, ambiance générale) permettent de garantir la qualité de la prise en charge des résidents.	7,0
Ressources matérielles : « Les équipements et moyens matériels mis à disposition (produits, matériel médical, aides techniques...) sont suffisants qualitativement et quantitativement pour me permettant de travailler efficacement, et de délivrer des prestations de qualité.	6,9
Formation : « J'ai accès à des formations régulières pour améliorer mes compétences et m'adapter aux besoins du poste, notamment sur la thématique de la bientraitance des personnes âgées. Je suis sensibilisé(e) par mon employeur au risque de maltraitance liée à l'âgeisme.	6,2
Écoute de la direction (suivant le poste occupé): « La hiérarchie / la direction est à l'écoute des professionnels et soutient le personnel en cas de difficulté. »	6,7
Projet d'établissement : « Je me sens impliqué(e) dans le projet d'établissement et je comprends les objectifs de l'organisation. »	6,9
Esprit d'équipe : « L'ambiance de travail et la coopération au sein de l'équipe sont suffisantes pour permettre de satisfaire un niveau de qualité de prise en charge optimal. »	6,8
Satisfaction globale : « Globalement, je suis satisfait(e) de travailler dans cet établissement/service. »	7,6
Recommandation : « Je recommanderais cet établissement (ou ce service) comme lieu de vie (ou service d'aide à domicile) à un proche. »	7,5

Pour conclure, sur les 65 commentaires libres, soit quasiment 50 % des agents, c'est le mot « AS » qui ressort pour 30 d'entre-deux, mais en parcourant les commentaires, il est présent que deux fois ?!

Il semblerait que le point d'écueil concerne le manque de communication entre la direction et les agents, voir la cohésion d'équipe.

Au GRAN MOUN, il en ressort un besoin d'améliorer la qualité des repas dont se plaint les résidents ; ces annotations corroborent un constat fait dans l'enquête des usagers.



Annexe n° 4. Comparaison des prix et restes-à-charge par typologie d'Éhpad (en euros)

Catégorie	Nom-de l'Éhpad	Exercice	Produits H + D*	Prise en charge CTM	Prise en charge résidents	Part CTM	Part résidents
Éhpad habilités à 100 %	Centre hospitalier du François	2021	1 646 172,89	1 196 892,04	449 280,85	73%	27%
		2022	1 662 264,08	1 211 052,98	451 211,10	73%	27%
		2023	1 675 035,08	1 211 052,98	452 999,04	72%	27%
		2024	1 675 035,08	1 406 047,07	268 988,01	84%	16%
	Centre hospitalier du Prêcheur	2021	1 537 125,00	1 067 882,00	469 243,00	69%	31%
		2022	1 400 174,00	933 130,00	467 044,00	67%	33%
		2023	1 512 212,00	974 048,00	538 164,00	64%	36%
		2024	1 451 640,00	977 224,00	474 417,00	67%	33%
	Grand Moun	2021	2 328 825,60	1 241 957,16	1 086 868,44	53%	47%
		2022	2 267 641,28	1 193 425,89	1 074 215,39	53%	47%
		2023	1 902 979,26	787 560,00	1 115 419,26	41%	59%
		2024	2 127 465,17	1 200 990,27	926 474,90	56%	44%
	Bethléem	2021	1 561 387,93	1 174 559,47	386 828,46	75%	25%
		2022	1 724 521,00	1 347 936,05	376 584,95	78%	22%
		2023	1 738 146,00	1 249 207,11	488 938,85	72%	28%
		2024	1 746 585,36	1 236 851,82	509 733,54	71%	29%
Sous-totaux Éhpad habilités à 100 %		2021	7 073 511,42	4 681 290,67	2 392 220,75	66%	34%
		2022	7 054 600,36	4 685 544,92	2 369 055,44	66%	34%
		2023	6 828 372,34	4 221 868,09	2 595 521,15	62%	38%
		2024	7 000 725,61	4 821 113,16	2 179 613,45	69%	31%
Éhpad partiellement habilités	Résidence L'Orchidée	2021	1 498 407,00	481 517,00	1 016 890,00	32%	68%
		2022	1 488 338,00	483 185,00	1 005 153,00	32%	68%
		2023	1 565 767,00	514 593,00	1 051 174,00	33%	67%
		2024					
	Floréa	2021	738 658,20	442 919,39	295 738,81	60%	40%
		2022	3 166 443,36	824 124,90	2 295 501,90	26%	72%
		2023	3 983 681,05	1 269 548,89	2 511 628,38	32%	63%
		2024	772 952,40	540 126,70	232 825,70	70%	30%
	Résidence L'Oasis	2021	4 045 487,24	835 188,03	2 768 009,05	21%	68%
		2022	3 854 562,71	759 245,38	2 990 291,84	20%	78%
		2023	4 018 266,93	971 758,75	3 055 444,10	24%	76%
		2024					
Sous-totaux Éhpad partiellement habilités		2021	6 282 552,44	1 759 624,42	4 080 637,86	28%	65%
		2022	8 509 344,07	2 066 555,28	6 290 946,74	24%	74%
		2023	9 567 714,98	2 755 900,64	6 618 246,48	29%	69%
		2024	772 952,40	540 126,70	232 825,70	70%	30%

* H pour hébergement et D pour dépendance

Source : données issues, en fonction du degré de complétude des pièces transmises, des comptes de gestion, des rapports financiers ainsi que des états récapitulatifs des recettes et des dépenses.