

L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

PRESENTATION

L'hôpital pénitentiaire de Fresnes a succédé à l'infirmierie centrale des prisons de la Seine, créée en 1898, en même temps que la maison d'arrêt de Fresnes. Transformé en établissement public en 1985, il est devenu, en 1995, l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Certaines critiques formulées par la Cour des comptes lors de ses précédentes interventions en 1991 et 1996 n'ont toujours pas trouvé de réponse, en particulier sur la place de l'établissement dans l'organisation des soins des détenus en France²⁰⁸. L'incertitude qui en découle a de graves répercussions sur le fonctionnement de l'établissement.

Le contrôle de la Cour a porté sur les exercices 1995 à 2006.

I - Une mission particulière qui reste à définir

La transformation de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes en établissement de santé est intervenue en 1995 alors que des réformes d'ensemble transféraient la prise en charge sanitaire des détenus au secteur public hospitalier. Après la création d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) puis d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), l'Etat a décidé de créer, en mars 2006, des chambres sécurisées au sein des hôpitaux de proximité. Malgré les travaux de l'inspection générale des affaires sociales, ce choix d'un

208) La question de la santé des détenus a été abordée d'une manière générale dans le rapport public thématique de la Cour « garde et réinsertion : la gestion des prisons » de janvier 2006 (p. 60 à 64).

schéma d'hospitalisation à trois niveaux a été fait sans connaître avec précision les besoins de santé de la population carcérale qui restent aujourd'hui mal identifiés en l'absence d'étude épidémiologique et de données sur l'activité des UCSA.

La création successive des UCSA, des UHSI et des chambres sécurisées a *de facto* réduit le nombre des hospitalisations envisageables à Fresnes en permettant aux patients d'être soignés localement. Il était donc nécessaire de redéfinir le rôle de l'établissement.

Or, plus de dix ans après le lancement de ces réformes, ce rôle n'est toujours pas défini. L'établissement a simplement été identifié comme l'un des pôles de l'UHSI de Paris, en complémentarité avec l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, mais sans préciser davantage, dans ce nouveau cadre, sa mission.

A son arrivée en 2004, la nouvelle équipe de direction de l'établissement a fait des propositions. Un groupe de travail, présidé par le conseiller médical du directeur de la DHOS, mais sans aucun représentant de l'Assistance publique-Hopitaux de Paris (AP-HP) alors même que l'avenir de l'EPSNF lui est intimement lié, a approuvé les décisions de l'établissement de réorienter son activité vers les soins de suite et de rééducation.

Ces orientations, quelle que soit leur pertinence, sont insuffisantes. Elles ne règlent pas la question de la place spécifique de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), établissement unique en son genre en France, dans le nouveau schéma d'hospitalisation des détenus. L'évolution de son activité sanitaire montre que les choix ne peuvent plus être différés.

II - Les risques de l'activité sanitaire

A - La baisse de l'activité sanitaire

De 1994 à 2004, le nombre de journées d'hospitalisation à l'EPSNF a diminué de 44 %. Cette baisse a conduit à sous-utiliser les locaux : la moitié des étages est désaffectée, des chambres sont transformées en vestiaires, en bureaux, en espaces de rangement ou lieux de réunions. En septembre 2006, il ne restait plus que 75 chambres dédiées aux soins.

Cette baisse de l'activité est due aux réformes précitées ainsi qu'au perfectionnement des techniques de soins qui a réduit les durées d'hospitalisation nécessaires. Elle a été accentuée par la pénurie de personnel médical et soignant.

Au cours des dix dernières années, l'EPSNF n'est pas parvenu à recruter des praticiens hospitaliers à temps plein de droit commun. S'agissant des infirmiers, de nombreux postes sont restés vacants, le taux de vacances allant jusqu'à 20% en 2003. Pour pallier cette pénurie, l'établissement a recouru de manière croissante à l'intérim, les dépenses correspondantes étant plus que quadruplées entre 1999 et 2005.

Cette baisse de l'activité risque de s'accroître lorsque l'UHSI de Paris sera ouverte et que des chambres sécurisées auront été créées dans les hôpitaux de proximité, ce qui soulèverait directement la question de l'existence même de l'EPSNF. En toute hypothèse, la situation actuelle appelle, sans délai, des mesures correctrices à cause des risques qu'elle fait courir aux patients, et par suite également à l'établissement donc à l'Etat, comme l'illustrent les exemples du bloc opératoire et de l'unité de dialyse.

B - Les risques du bloc opératoire

L'activité de ce bloc est des plus réduites notamment parce que l'établissement ne parvient pas à pourvoir les postes de médecin anesthésiste, dans un contexte de pénurie nationale de ces spécialistes dans les hôpitaux publics. L'absence d'anesthésiste oblige parfois à fermer le bloc opératoire comme durant l'été 2004 ou durant plusieurs jours par semaine. Pendant ces périodes de fermeture, les chirurgiens de l'EPSNF se contentent de prendre en charge les suites opératoires, ce qui n'est pas suffisant pour justifier les postes correspondants.

Surtout, la pénurie de personnels est préjudiciable à la sécurité des soins.

En l'absence de praticien hospitalier anesthésiste réanimateur, le bloc opératoire de l'EPSNF fonctionne avec des médecins intérimaires et des médecins qui, du fait de leur statut, ne peuvent, en droit, exercer que sous l'autorité et le contrôle d'un médecin de plein exercice, qui, en l'espèce, est le chef du service d'anesthésie-réanimation de la Pitié-Salpêtrière, par hypothèse absent de l'établissement.

Ainsi, le bloc opératoire de l'EPSNF, avec une très faible activité, ne réunit pas les conditions de sécurité sanitaire. Les autorités de tutelle connaissent cette situation mais elles n'en ont encore tiré aucune conséquence.

C - Les risques de l'unité de dialyse

Le fonctionnement de l'unité de dialyse repose sur un montage juridique confus. Il fait intervenir une association, l'association pour l'utilisation du rein artificiel qui, au moins depuis 1994, met à la disposition de l'EPSNF le matériel nécessaire et en assure l'entretien. Les conventions, reconduites d'année en année, pour organiser cette activité ne définissent pas le rôle de chacun de manière suffisamment précise.

Plus grave, la qualité des prises en charge souffre de l'imprécision du statut de l'unité de dialyse de Fresnes. En 2001, un rapport d'expert soulignait que l'EPSNF ne pouvait être assimilé ni à un centre d'hémodialyse réservé à des patients lourds, avec un fonctionnement proche des unités de réanimation, ni à une unité d'auto-dialyse, centre plus léger et non médicalisé. Ce rapport constatait que l'absence de positionnement clair de l'unité de l'EPSNF limitait les possibilités de recrutement de néphrologues et d'infirmiers spécialisés

Cette ambiguïté a conduit certains médecins à démissionner en 2001 au motif que l'EPSNF n'appliquait pas la réglementation en vigueur. La situation s'est aggravée et des incidents ont conduit l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France, début 2002, à mettre en demeure l'EPSNF de prendre les mesures nécessaires à la sécurité des patients ou, à défaut, de fermer l'unité de dialyse. Quelques jours plus tard, à partir des mêmes constats, le directeur de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) demandait à l'EPSNF de passer une convention avec l'AP-HP en vue d'identifier un centre d'hémodialyse de repli.

En réponse, l'EPSNF a pris des mesures internes (guide sur la dialyse et fiche précisant l'organisation médicale et non médicale concernant les personnels affectés au service de dialyse). En revanche, la question majeure de la convention avec un centre de repli n'est toujours pas réglée. Ni la DHOS, ni l'ARH ne se sont souciés des suites données à leurs lettres de début 2002. Le centre de dialyse de l'EPSNF ne comprend toujours pas de médecin spécialiste et son personnel non médical est insuffisant, alors qu'il prend en charge une part importante des détenus ayant besoin de dialyse.

III - Un positionnement ambigu

A - Un établissement à la frontière de deux mondes

Bien qu'il soit de petite taille, la nature hybride de l'EPSNF en fait une structure lourde.

En tant qu'établissement public de santé, l'EPSNF est atypique avec une durée moyenne de séjour plus longue que dans les autres établissements hospitaliers (13,5 jours contre 5 jours en 2003 dans le service de chirurgie). Cette durée s'explique par le souci des médecins de ne pas renvoyer prématurément leurs patients dans leurs établissements pénitentiaires d'origine, compte tenu des conditions de vie en détention, d'hygiène notamment. Par ailleurs, alors que son activité a diminué de 37 % de 2000 à 2005, le montant de sa dotation globale a augmenté de 17 %, sans que cette divergence soit justifiée.

En tant qu'établissement pénitentiaire, l'EPSNF est également atypique : il ne prend pas en charge l'intégralité des fonctions liées à la vie en prison car les détenus hospitalisés sont réputés écroués à la maison d'arrêt de Fresnes, mitoyenne de l'établissement. Cette situation n'est pas, en soi, critiquable, mais il est regrettable qu'aucune convention n'explique les responsabilités respectives de chacun. Alors que l'établissement dispose de moins de 100 lits, il emploie un effectif de surveillants (150 au 1^{er} avril 2006) comparable à celui du centre de détention de Salon de Provence (capacité : 595 places) ou de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône (capacité : 636 places).

B - Des tutelles mal exercées

Depuis son changement de statut, l'EPSNF est soumis à la triple tutelle des ministères de la justice, de la santé et des finances. Cette situation complique les circuits administratifs et gêne le fonctionnement de l'établissement.

Sur le plan sanitaire, alors que la tutelle des établissements publics de santé incombe aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) depuis 1996, celle de l'EPSNF reste exercée par une direction d'administration centrale : la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). L'EPSNF s'en trouve empêchée de solliciter l'intervention des ARH, notamment celle de l'Ile de France, sur des sujets où elles détiennent un pouvoir de décision, par exemple pour se coordonner avec d'autres établissements de santé.

Sur le plan pénitentiaire, le ministère de la justice n'a pas tiré toutes les conséquences de la transformation de l'hôpital de Fresnes en établissement public autonome. La dévolution des biens de l'Etat à l'établissement, dont la Cour avait déjà souligné plusieurs fois l'urgence, n'est toujours pas réalisée, ce qui s'est traduit par des retards importants des travaux de rénovation et par l'absence d'amortissement de ceux réalisés. La gestion du personnel pénitentiaire de l'EPSNF est restée assurée par la direction régionale des services pénitentiaires de Paris dans des conditions inchangées par rapport à celles qui prévalaient avant la création de l'établissement, sans qu'aucune convention n'organise la prestation de service correspondante.

Ni les dépenses de rémunération des personnels pénitentiaires ni celles de fonctionnement pénitentiaire de l'EPSNF, payées par l'Etat, n'apparaissent dans les comptes de l'ENPSF, ceux-ci ne donnent pas une vision complète de ses coûts. Plus de vingt ans après la création de l'établissement public, ses comptes ne donnent donc toujours pas une image fidèle de ses opérations et de son patrimoine.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Douze ans après la réforme de 1994 sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus, la question de la place, voire de l'utilité même de l'EPSNF dans ce dispositif n'a toujours pas été réglée.

Les attermolements continus d'une triple tutelle ministérielle ont trop souvent laissé l'établissement face à des difficultés qu'il ne pouvait résoudre seul. Celles rencontrées dans sa fonction sanitaire sont les plus préoccupantes eu égard aux risques d'accidents qu'elles entraînent. L'Etat, s'il ne prenait pas les mesures nécessaires pour les éviter, pourrait voir sa responsabilité mise en cause.

Trop longtemps différées, les décisions sur l'articulation entre l'EPSNF et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, la sécurisation de l'unité de dialyse et le devenir du bloc chirurgical doivent être prises sans délai.

La Cour recommande donc de :

** clarifier le rôle de l'EPSNF dans le dispositif sanitaire national de prise en charge des détenus en définissant avec précision les conditions de son articulation avec l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et les missions sanitaires qu'il doit continuer d'assumer ;*

** substituer la tutelle de l'ARH Ile de France à celle de la DHOS ;*

** si le maintien d'une activité de chirurgie est jugée indispensable, prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des patients en organisant la présence de médecins de plein exercice, conformément à la réglementation ;*

** si l'activité de dialyse est maintenue, mettre en place la convention de repli et renforcer les moyens en personnel médical spécialisé ;*

** mettre en œuvre les conventions nécessaires à la clarification des relations entre l'EPSNF et les services de l'administration pénitentiaire et réintégrer dans les comptes de l'établissement les dépenses qu'il occasionne.*

RÉPONSE DE LA MINISTRE DE LA JUSTICE

L'insertion au rapport public de la Cour des comptes sur « L'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) » appelle de ma part l'observation suivante.

Le nombre de personnel pénitentiaire est en cours de réduction pour adapter l'effectif de surveillance au nombre de patients détenus hospitalisés (environ 80 à 90 par jour en moyenne).

En ce qui concerne les conclusions et les recommandations de la Cour, l'administration pénitentiaire souhaite que le rôle de l'EPSNF soit clarifié quant à ses orientations médicales vis-à-vis de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et ce dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. De même, sa tutelle doit être allégée et les dispositions générales du code de la santé publique doivent lui être appliquées en la matière.

De plus, l'administration pénitentiaire s'engage à faire apparaître les coûts de surveillance et de sécurisation afin de connaître la véritable charge financière de cet établissement.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ NATIONAL DE FRESNES

1- Une mission particulière qui reste à définir :

Les décisions des tutelles devraient très prochainement redéfinir les missions particulières de l'EPSNF, grâce à différents audits réalisés en 2007, sur l'activité hospitalière et médicale d'une part, et sur la structure des bâtiments d'autre part.

Il est à noter que les chambres sécurisées ne rentrent pas en concurrence avec l'EPSNF. Les urgences sont orientées vers les hôpitaux de proximité par les médecins des UCSA. Les personnels hospitaliers des hôpitaux de proximité et les forces de l'ordre chargées des gardes statiques ont plutôt tendance à faire hâter les hospitalisations à l'EPSNF en raison des contraintes posées par la présence de patients détenus sous surveillance des forces de l'ordre en milieu hospitalier classique.

La réorientation de l'activité de l'EPSNF vers les soins de suite et de rééducation, avec une compétence nationale en médecine physique et de réadaptation reste un axe fort du projet médical de l'EPSNF, afin de faire face à l'augmentation de la population pénale, à l'allongement des peines et à l'augmentation de l'âge moyen des personnes placées sous main de justice.

2- LES RISQUES DE L'ACTIVITE SANITAIRE

a – La baisse de l'activité

En 2005, l'activité traduite en nombre de journées a augmenté de 9,12 % par rapport à 2004. Cette activité est restée stable en 2006. Le taux d'occupation général a été de 86 % : 77 % en Médecine et 98 % en Soins de suite et rééducation. Le regain d'activité observé en 2005 se poursuit en 2007 notamment dans le domaine des prises en charge de Médecine physique et de réadaptation (MPR).

b- Le bloc opératoire

L'activité opératoire a lieu les lundis et jeudis ; un praticien hospitalier temps partiel en anesthésie est nommé depuis mars 2007 à l'EPSNF. Lorsque ce praticien est en congé, L'EPSNF fait appel à des médecins intérimaires.

Une consultation pré anesthésique et une visite pré anesthésique sont réalisées avant l'anesthésie qui est réalisé sous la responsabilité du praticien selon un protocole établi par celui-ci. Le praticien attaché associé effectue les consultations pré anesthésiques et les patients sont revus par le praticien de plein exercice lors de la visite pré anesthésique dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention. L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité du praticien anesthésiste, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré anesthésique.

Les médecins qui opèrent à l'EPSNF sont, pour quatre d'entre eux, des praticiens hospitaliers temps partiels titulaires, de plein exercice. Le cinquième chirurgien est un praticien adjoint contractuel (PAC) à temps plein. A cet effectif de titulaires, s'ajoute un praticien attaché à temps plein.

c - La dialyse

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la convention entre l'association AURA et l'EPSNF est dénoncée. L'EPSNF dispose de 4 générateurs d'hémodialyse et d'un générateur de repli.

L'établissement dispose par voie de contrat de techniciens, formés à l'entretien et à l'utilisation des générateurs d'hémodialyse et du système de traitement d'eau pour hémodialyse, en mesure d'intervenir à tout moment.

L'unité fonctionnelle (UF) d'hémodialyse dispose d'une équipe médicale constituée de deux praticiens hospitaliers temps partiels néphrologues inscrits à l'ordre des médecins. Le responsable de l'UF est l'un deux. Un médecin néphrologue assure une présence médicale permanente sur le site pendant toute la durée de la dialyse.

Tous les actes de soins nécessaires à la réalisation de chaque séance d'hémodialyse sont accomplis par l'équipe du personnel soignant, composée d'infirmières, d'aides soignants et d'agents de soins hospitaliers. Cette équipe est dirigée par un cadre infirmier. L'EPSNF dispose de 3 infirmières formées à la dialyse et mobilisables en cas d'indisponibilité de la titulaire en dialyse.

Un manuel d'assurance qualité comprenant toutes les procédures et protocoles techniques écrit en 2002 a été réactualisé en mars 2007.

Une convention de repli proposée par l'EPSNF au Groupe Pitié-Salpêtrière est en cours de validation à l'AP-HP. Le choix de cet établissement repose sur le partenariat établi pour constituer le 8^{ème} pôle hospitalier du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. Le document a été transmis le 17 février 2007 à cet établissement.

3/ UN POSITIONNEMENT AMBIGU

a- Un établissement à la frontière de deux mondes

La durée moyenne de séjour d'un patient détenu ne peut être identique à celle d'un patient libre, en raison des contraintes liées aux transports et aux questions de sécurité publique. L'établissement a la volonté de poursuivre la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) : de 12,22 jours en médecine en 2005 à 10,17 en 2006 ; de 16,75 jours en soins de suite en 2005 à 15,18 en 2006. En médecine, la DMS est équivalente à celle observée dans les UHSI.

La dotation financière de l'EPSNF en 2007 est identique à celle de 2006.

La capacité de l'établissement est de 99 lits. L'organigramme était encore à 148 personnels pénitentiaires de surveillance en 2006. Un audit de la sous direction de l'organisation et du fonctionnement des services de la Direction de l'administration pénitentiaire, mené en 2007, a conduit, par une note du 24 juillet 2007, à réduire ces effectifs de 21 postes, pour parvenir à 127 personnels de surveillance (117 surveillants, 7 gradés, 3 officiers). La mise en œuvre de ce nouvel organigramme est en cours à l'EPSNF.

Toutefois, la prise en charge de patients détenus n'est pas comparable à la prise en charge de détenus dans un établissement pénitentiaire classique. En effet, les personnels de surveillance doivent garantir l'accès aux chambres des patients aux personnels médicaux ou soignants, en temps réel, notamment en service de nuit. De plus, il y a une importante activité liée aux extractions médicales. Les personnels pénitentiaires doivent pouvoir réagir en urgence. (Près de 1000 extractions en 2006).

Ces contraintes liées directement à l'activité hospitalière expliquent l'effectif de référence de surveillants.

Le nouvel organigramme constitue un effort important de rationalisation des effectifs, sans remettre en cause l'accès aux chambres des patients pour les personnels hospitaliers en temps réel.

b- Des tutelles mal exercées

L'intégration dans les comptes de l'EPSNF du volume de la masse salariale des personnels pénitentiaires et du budget de fonctionnement pénitentiaire est une opération possible à réaliser. Il importe que les tutelles définissent le cadre de présentation des coûts globaux de l'EPSNF (comptabilité hospitalière et comptabilité d'Etat).

Conclusion

L'essentiel des recommandations relève des tutelles. Si le risque sanitaire lié aux contraintes de l'établissement existe au niveau du bloc opératoire, comme pour toute activité chirurgicale d'ailleurs, malgré les actions correctives et de prévention entreprises, un redéploiement de cette activité, sous l'autorité des tutelles, pourrait être envisagé, en la délocalisant dans un hôpital de taille suffisante. C'est un des volets du projet d'articulation avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.

L'EPSNF est en attente de la validation du plan de repli établi pour l'activité de dialyse.
