

**RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE  
DU  
SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL**

**Année 2001**

**I - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**I - 1. ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE**

Nom et adresse de l'établissement pénitentiaire :

Téléphone :

Télécopie :

Nom du directeur :

Type d'établissement :

|                        |     |     |
|------------------------|-----|-----|
| - Maison d'arrêt       | Oui | Non |
| - Maison centrale      | Oui | Non |
| - Centre de détention  | Oui | Non |
| - Centre pénitentiaire | Oui | Non |

**I - 2. S.M.P.R.**

n° téléphone :

- médecin, chef de service :  
téléphone :
- infirmier général :  
téléphone :
- cadre infirmier :  
téléphone :

## II - MOYENS MATERIELS DU SERVICE DE SOINS

### II - 1. LOCAUX DU SERVICE DE SOINS

- Nombre de places du S.M.P.R. :
- Nombre de salles de consultation :
- Nombre de salles de soins :
- Salle d'attente Oui    Non
- Local pharmacie Oui    Non
- Armoire à pharmacie fermant à clef Oui    Non
- Existence d'une trousse d'urgence Oui    Non
- Secrétariat Oui    Non
- Vestiaire Oui    Non

Les locaux sont-ils conformes au plan annexé au protocole ? Oui    Non

Des modifications sont-elles nécessaires ou souhaitables ? Oui    Non  
si oui, lesquelles ?

### II - 2. DOSSIERS

- Rangés dans un meuble fermant à clef ? Oui    Non
- Existence d'une procédure d'accès aux dossiers en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA Oui    Non  
si oui, à préciser :
- Existence d'un dossier commun pour les soins somatiques et psychiatriques ? Oui    Non
- Existence d'une procédure de communication des dossiers :
  - en cas de transfert des détenus Oui    Non
  - en cas d'extraction médicale ou d'hospitalisation Oui    Non

### **III – L'ÉQUIPE DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

Des consultations sont-elles organisées dans d'autres établissements pénitentiaires que l'établissement d'implantation :

- par l'antenne « alcool » ? Oui    Non  
si oui, préciser :

- par l'antenne « toxicomanie » ? Oui    Non  
si oui, préciser :

- par l'équipe de base du S.M.P.R. Oui    Non  
si oui, préciser :

Relever, dans le tableau suivant (page 4), chaque professionnel (médecin psychiatre, psychologue, infirmier IDE, infirmier psychiatrique, assistant du service social, secrétaire...) ayant été en poste au cours de l'année écoulée, en précisant son équipe d'appartenance :

- à l'antenne « alcool »
- à l'antenne « toxicomanie »
- à l'équipe de base du S.M.P.R.

| <i>Profession</i> | <i>Nom, prénom<br/>Statut (PH,...)</i> | <i>Equipe<br/>d'appartenance <sup>(1)</sup></i> | <i>Nombre total d'heures<br/>de présence effective par<br/>mois</i> | <i>Mouvement éventuel en<br/>cours d'année <sup>(2)</sup></i> |
|-------------------|--|---|---|---|
| <i>Infirmier</i>  | <i>DUPONT Henri</i>                    |   | <i>20h/mois</i>   | <i>Prise de poste<br/>01.07.2001</i>                          |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |
|                   |  |   |   |   |

<sup>(1)</sup> - antenne « alcool »  
- antenne « toxicomanie »  
- équipe de base du S.M.P.R.

<sup>(2)</sup> Si activité non assurée toute l'année préciser :  
- date de début d'activité  
- date de fin d'activité

## **IV - ORGANISATION DES SOINS**

- Heures d'ouverture du service de soins :
- Plage horaire d'accès aux soins à l'UCSA pour les détenus :

### **IV - 1. PERMANENCE DES SOINS**

Préciser le dispositif mis en place pour assurer les soins et les urgences en dehors des heures de présence des médecins :

### **IV - 2. PREPARATION ET DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS**

- Qui prépare les médicaments :
- Qui les distribue :
- Mode de distribution en semaine :
- Mode de distribution les samedis, dimanches et jours fériés :
- Durée maximale de traitement laissé à disposition du détenu :
- Moyenne annuelle du pourcentage journalier de détenus
  - recevant un traitement médicamenteux : %
  - gérant eux-mêmes leurs traitements médicamenteux : %
  - nécessitant plus d'une distribution par jour : %
- Mode d'information du chef d'établissement de la liste des détenus gérant eux-mêmes leurs traitements pour plusieurs jours :
- Typologie de la consommation pharmaceutique :

### **IV - 3. ARTICULATION SOMATIQUE / PSYCHIATRIQUE**

Modalités à préciser :

**IV - 7. INFORMATION DES DETENUS SUR L'ORGANISATION DES SOINS**

Modalités à préciser :

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Existence d'un document distribué aux détenus | Oui | Non |
|---|-----|-----|

Etablissement pénitentiaire :

**DONNEES D'ACTIVITE MEDICALE DU SMPR**

|  | 2001   |
|--|--------|
|  | Nombre |
| Capacité théorique du SMPR   |        |
| Entrants<br>- hommes adultes<br>- femmes adultes<br>- mineurs  |        |
| Nombre moyen de détenus  |        |
| Taux d'occupation  |        |
| Durée moyenne de séjour  |        |
| <b>Activités au sein du S.M.P.R.</b>   |        |
| Consultations psychiatres  |        |
| Consultations psychologues   |        |
| Consultations dentistes  |        |
| Nombre d'hospitalisation d'office à partir du S.M.P.R.   |        |
| <b>Activités au sein de la maison d'arrêt de rattachement</b>  |        |
| Consultations psychiatres  |        |
| Consultations psychologues   |        |
| Soins infirmiers   |        |
| <b>Activités de l'antenne "alcool"</b>   |        |
| Nombre de détenus pris en charge<br>- dans maison d'arrêt de rattachement<br>- dans autres maisons d'arrêt |        |
| <b>Activités de l'antenne "toxicomanie"</b>  |        |
| Nombre de détenus pris en charge<br>- dans maison d'arrêt de rattachement<br>- dans autres maisons d'arrêt |        |

Etablissement pénitentiaire de :

**EVENEMENTS AU SEIN DU S.M.P.R.**

|   | 2001 |
|---|------|
| Nombre d'actes d'auto-agression :<br><br>- <i>pendaison</i><br>- <i>coupure</i><br>- <i>ingestion de corps étrangers</i><br>- <i>ingestion de produits toxiques</i><br>- <i>ingestion de médicaments</i><br>- <i>autres</i> |      |
| Grèves de la faim ou de la soif déclarée  |      |
| Certificats de coups et blessures   |      |
| Décès par suicide   |      |
| Décès pour autre cause  |      |

Nombre d'extractions en 2001 :

- *pour consultations programmées :*
- *pour hospitalisations :*
- *pour urgences :*

Nom de la (ou des) personne(s) ayant rempli le questionnaire :

*(préciser qualité et n° de téléphone)*