

INTRODUCTION

En 2010, en France, Les hospitalisations sans consentement (HSC) ont concerné 71 000 personnes : soit 5 % de la file active psychiatrique française et 29 % des patients hospitalisés à temps plein (1).

Les enjeux de l' HSC sont importants : assurer une prise en charge psychiatrique face à un impératif de soins, garantir le respect des libertés de l'individu et garantir la sécurité des tiers. Ce type d'hospitalisation est strictement encadré par la loi :

☞ Selon la loi du 27/06/1990 les "HOSPITALISATIONS sans consentement " comprennent :

- L'« **hospitalisation à la demande d'un tiers** » (HDT) : le patient nécessite une prise en charge immédiate et une surveillance médicale constante. L'admission s'appuie sur la demande d'un membre de l'entourage proche du patient et sur 1 ou 2 certificats médicaux (en fonction de la présence d'un péril imminent pour le patient).
- L'« **hospitalisation d'office** » (HO) : les troubles mentaux du patient compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'admission est prononcée par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical.

Ces patients devaient être hospitalisés dans un service hospitalier habilité et à temps plein.

☞ La Nouvelle loi du 5/07/2011 des "SOINS sans consentement" ouvre les soins sous contrainte aux autres modalités de prise en charge, hospitalisations de jour et/ou soins ambulatoires. Elle prévoit l'intervention systématique d'un juge des libertés et de la détention, ce qui renforce les droits des personnes soignées sans leur consentement : l'hospitalisation à temps plein ne peut désormais se poursuivre sans que le juge n'ait statué, lors d'une audience avec le patient ; il peut par ailleurs être saisi à tout moment pour ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques. Le patient hospitalisé sous contrainte, sur avis médical, sera observé en hospitalisation complète pendant 72 heures avant le choix de la prise en charge. L'exigence d'un certificat de tiers, qui existe en cas d'HDT, est ainsi supprimée pour autoriser l'entrée du patient, dans le dispositif de soins sans consentement, en cas de péril imminent (SPPI). Le préfet pourra ordonner une hospitalisation d'office, même en l'absence d'un certificat médical la jugeant nécessaire, mais cette mesure pourra être levée si un second certificat médical établi dans les 24 heures suivantes l'exige.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information en psychiatrie (PMSI-Psy) est un outil de recueil et de traitement des données d'activité médicale en psychiatrie, généralisé depuis 2007. A la différence des autres bases d'informations administratives, le PMSI-Psy suit une approche « patient », permettant de recueillir des données à la fois sociodémographiques et cliniques. Il repose, pour l'hospitalisation, sur la production d'un résumé par séquence (RPS) transmis à la tutelle. Il est encore non tarifant.

Une étude préliminaire en Région Centre (2) des patients adultes hospitalisés sans consentement en 2010 avait montré une importante disparité des taux d'HSC selon les pathologies et les départements. L'analyse et l'interprétation restaient complexes et difficiles : variabilité de codage, structures de prise en charge rattachées ou non au PMSI-Psy, hétérogénéité des logiciels et des pratiques de recueil. Dans cette étude, comme dans l'étude nationale sur l'HSC en 2010 (1,2), les troubles psychotiques dont la schizophrénie sont les pathologies le plus souvent associées à une HSC et pour plus d'1/4 de ces patients, on déplore une absence de suivi psychiatrique dans les 3 mois suivant l'HSC (1).

L'objectif de cette étude est de faire un nouvel état des lieux en Région Centre (RC) des HSC depuis la loi de 2011, pour suivre les effets de la réforme, tout en observant l'évolution de la qualité du PMSI-psy. Elle a pour but de :

- décrire les données épidémiologiques des patients de la région hospitalisés sans consentement dans les différents modes d'hospitalisation, complète et à temps partiel ;
- décrire les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les soins sous contrainte.

Elle pourra être complétée par une étude du parcours hospitalier 2012 des patients atteints de schizophrénie, 1^{ère} pathologie en cause des soins sans consentement, tout type de prise en charge confondue (hospitalisation et soins ambulatoires, en secteur public ou privé), le PMSI nécessitant alors d'être complété par les données du SNIIRAM.

L'analyse est basée sur les données de **consommation des patients adultes domiciliés en RC de 2009 à 2012**, que la prise en charge ait été effectuée en RC ou ailleurs. Les séjours étant complexes à analyser au vu des résumés par séquence (RPS), nous avons axé nos résultats **sur les patients** et non sur les séjours. Le chaînage des séjours au patient est effectué par le numéro anonyme du patient (ANO) et non par l'IPP (identifiant patient permanent établissement, utilisé pour le chaînage dans la 1^{ère} étude UREH), pour éviter la surestimation (1 même patient hospitalisé dans plusieurs établissements différents a plusieurs IPP). Une analyse complémentaire a en effet montré que parmi les patients (n=482) avec 1 ANO POUR 2 IPP en 2009, il s'agissait bien du même patient (même âge et sexe et code postal sauf dans quelques cas où seul le code postal diffère). La qualité du chaînage étant loin d'être optimale (absent dans 10% en 2012), l'IPP a du être utilisé lorsque l'ANO n'était pas exploitable : en 2012, 150 séjours à Cour Cheverny (41), 2 000 séjours à Fleury (45). Il persiste donc une légère surestimation du nombre de patients. Pour le calcul du taux de prévalence, le dénominateur s'appuie sur les données de population INSEE 2009 ≥ 18 ans.

Un premier **tableau de bord de l'hospitalisation psychiatrique** des habitants du Centre (Tableau 1) récapitule les modes légaux d'hospitalisation (résumés ci-dessous) par type d'hospitalisation sur l'ensemble des établissements (public et privé). Un même patient est comptabilisé autant de fois que de modes d'hospitalisation distincts effectués dans l'année (ex : 1 hospitalisation en HL et 1 en HO dans l'année => comptabilisé 1 fois en HL et 1 fois en HO - la somme des patients par mode légal est donc supérieure au nombre total de patients distincts).

Classification des modes légaux de soins au vu du codage PMSI : avant et après 2012

Code	Mode	Avant 2012	À partir de 2012
1	HL	Hospitalisation libre	Soins psychiatriques libres
2	HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers	
3	HO	Hospitalisation d'office	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
4	HO	les personnes jugées pénalement irresponsables	Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables
5	exclus	Ordonnance provisoire de placement (OPP)	Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement
6	HO	Détenus : article D. 398 du code de procédure pénale	Soins psychiatriques aux détenus
7	HDT		Soins psychiatriques à la demande d'un tiers SPDT (2 certificats) ou SPDT en urgence (1 certificat)
8	SPPI		Soins psychiatriques pour péril imminent (1 certificat, sans tiers)

La suite du rapport se focalise sur les HSC en établissements publics car seuls autorisés en RC.

La sélection des séquences/séjours des HSC prend en compte les évolutions règlementaires et technologiques survenues entre 2009 et 2012 (modes légaux désormais en 7 classes depuis 2012, adaptation des logiciels, erreurs ou absence de saisie) :

- les séjours sans diagnostic principal renseigné sont supprimés : 2,6% des séquences en 2012
- des corrections sur la variable mode légal de soins sont effectuées au CH G. SAND (erreur sur la modalité HDT)
- les séjours sans mode légal sont écartés : 16 % CH Dreux en 2009, 13% -42% -34% CH Romorantin de 2010 à 2012
- aucune de données transmises pour le CH Châteauroux en 2009 et seulement 10% pour le CH Montargis en 2011
- sélection des séquences d'hospitalisations à temps plein ("01") et aux urgences en centre de crise ("07" non prises en compte dans l'étude UREH 2010) et à partir de 2012 ajout toutes les prises en charge à temps partiel ("20" "21" "22") dorénavant susceptibles d'accueillir des patients sous contrainte.
- le patient est compté dans chacun de ses modes d'hospitalisation (HO, HDT, SPPI), et 1 fois comme HSC
- le diagnostic retenu est le diagnostic principal de la dernière séquence du séjour (95% des diagnostics ne changent pas entre 1^{ère} et dernière séquence). On compte le diagnostic sur 1 seul mode légal par séjour (en priorisant l'HO sur l'HDT/SPPI, sur l'HL si les séquences du séjour ont des modes légaux multiples).

Le **parcours des schizophrènes** de la RC est étudié sur l'ensemble des soins psychiatriques (hospitalisation à temps complet et partiel, et soins ambulatoires) sur les années 2011-2012 (méthode en cours de construction !!!)

RÉSULTATS I : PLACE DE L'HSC EN PSYCHIATRIE

Tableau 1 : Patients Région Centre hospitalisés en psychiatrie à temps plein et temps partiel, tout secteur, par mode d'hospitalisation

	2009 (n=12 260)			2010 (n=12 178)			2011 (n=12 255)			2012 (n=13 464)		
	Nb patients	% Tplein	% Tpartiel	Nb patients	% Tplein	% Tpartiel	Nb patients	% Tplein	% Tpartiel	Nb patients	% Tplein	% Tpartiel
HL*	11 421 (93%)	86%	22%	11 178 (92%)	89%	21%	11 340 (93%)	92%	16%	12 439 (92%)	86%	30%
HDT*	1 485 (12%)	100%	/	1 656 (14%)	100%	/	1 762 (14%)	100%	/	1 534 (11%)	97%	12%
HO*	475 (4%)	98%	/	519 (4%)	99%	/	544 (4%)	100%	/	517 (4%)	96%	14%
SPPI*										117 (1%)	100%	7%
HSC**	1 920 (16%)	99%	/	2 149 (18%)	99%	/	2 241 (18%)	100%	/	2 094 (16%)	97%	12%

*un patient est compté autant de fois qu'il a de modes d'hospitalisation distincts

**un patient est compté qu'une seule fois

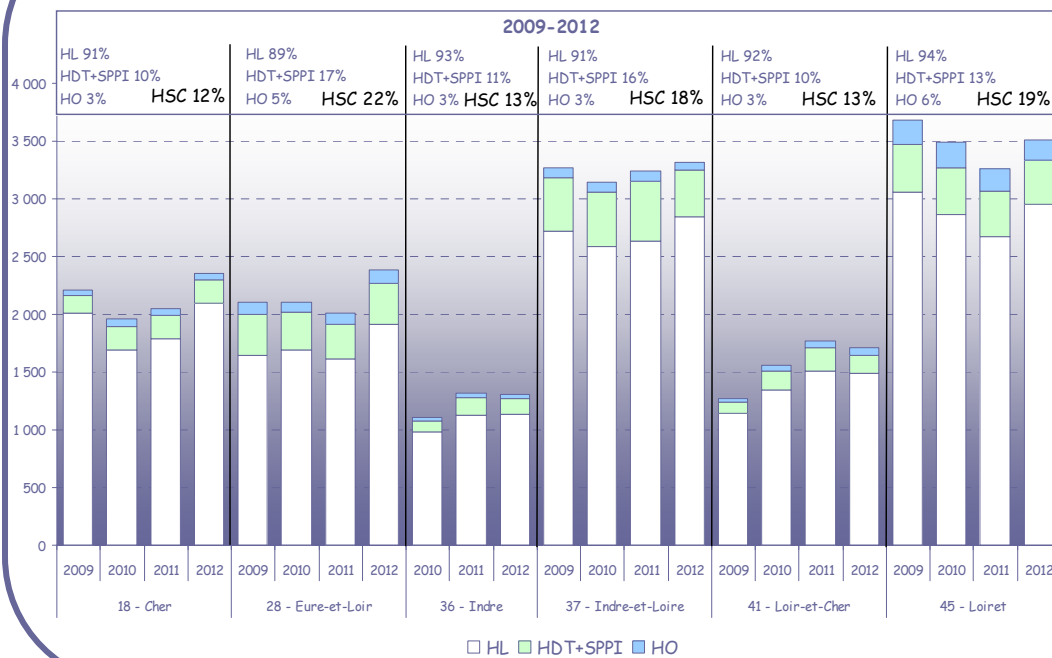
Lecture des pourcentages :

- 1^{ère} colonne : proportion des patients passant dans les différents modes légaux (1 patient peut être hospitalisé sous différents modes légaux)
- 2^{ème} et 3^{ème} colonne : proportion des patients passant en HL et HDJ par mode légal (1 patient peut avoir les 2 prises en charge à partir de 2012)

Dans le tableau 1, on note :

- **augmentation de la file active hospitalisée en psychiatrie à partir de 2011** : +10% liée à l'HL
- **augmentation de l'HL en 2012** (+ 1 100 par rapport à 2011, soit 10%, les 3 établissements participant le plus à la hausse sont Georges Sand (18), Bonneval (28) et Fleury les Aubrais (45). S'agit-il d'une réelle augmentation ou d'un défaut d'exhaustivité qui s'est corrigé ? (merci aux établissements de nous apporter leur point de vue)
- **augmentation de 17 % des HSC de 2009 à 2011**, en se souvenant que Châteauroux est absent en 2009 (+40% au niveau national de 2006-2011, réf. 3) **puis une baisse de 7% en 2012** (surtout sur l'HDT, -230 patients, à moitié compensée par les SPPI) probablement en relation avec la nouvelle loi.
- l'effet de la loi est également manifeste, puisqu'on retrouve **12% des HSC à temps partiel en 2012**. Une vingtaine d'hospitalisations de jour annuelles sous contrainte existaient avant 2012 (erreur ?) et ont été écartées de l'étude. On ne retrouve pas 100% des patients en HSC à temps plein (alors que la loi oblige un passage initial de 3 jours en HC), dû parfois à une mise en place de la mesure de contrainte une année antérieure (ou erreur ou déménagement ?).

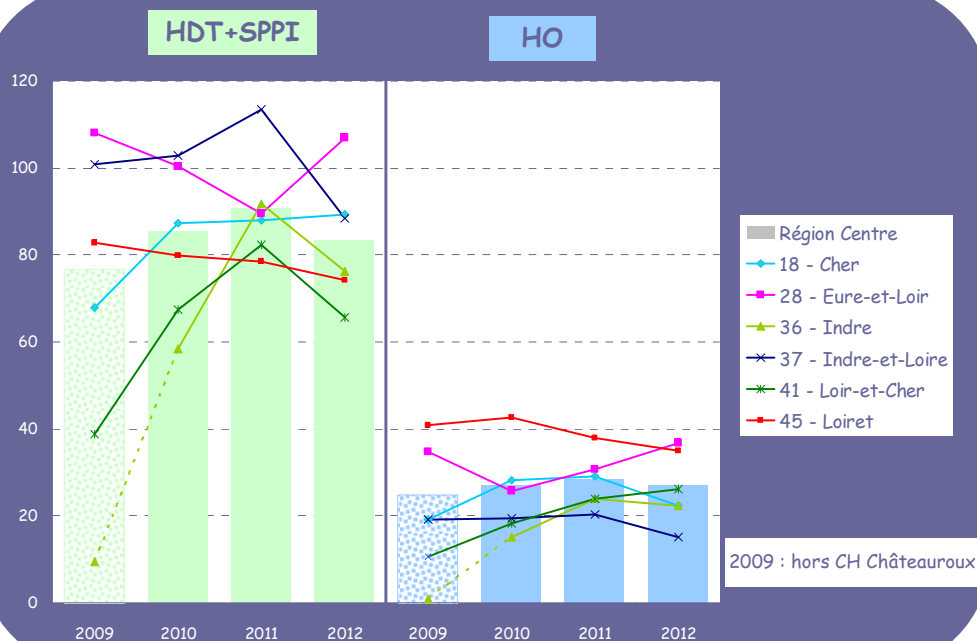
Figure 1 : Nombre annuel et proportion 2009-2012 de patients domiciliés Région Centre hospitalisés en psychiatrie



Disparité des taux d'HSC entre départements

Plus d'HSC dans les départements les plus urbains et proches de l'Île-de-France : 22% Eure-et-Loir (surtout HDT), 19 Loiret (surtout HO), 18% Indre-et-Loire (surtout HDT), 13% Indre et Loir-et-Cher, seulement 12% pour le Cher. Cette disparité est ancienne : important recours à l'HSC en l'Eure-et-Loir et Loiret déjà noté en 2003 (5).

Figure 2 : Taux de prévalence standardisés par âge et sexe des patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie, (/100 000 habitants Région Centre) de 2009 (manque Châteauroux) à 2012.



Mais tendance à l'homogénéisation des taux standardisés en 2012

Tous les départements baissent leurs taux en 2012 sauf l'Eure-et-Loir. L'Indre-et-Loire est le département qui baisse le plus (surtout l'HDT), Le Loiret qui avait un fort taux d'HO, baisse à la fois son HO et son HDT, l'Eure et Loir augmente HDT et HO (loi sans effet ?).

Les taux pour les SPPI sont faibles (de 3 en Indre à 13/100 000 en Eure-et-Loir en 2012), ils ont été inclus dans les HDT.

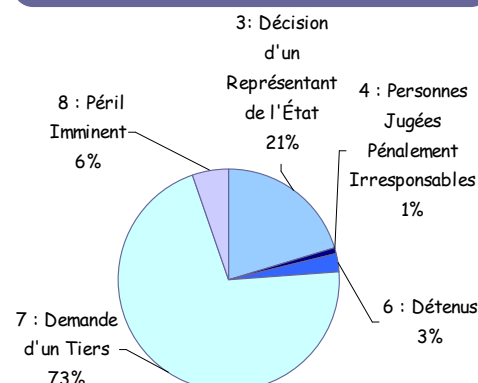
Tableau 2 : Profil des patients selon le mode d'hospitalisation, domiciliés Région Centre, 2012

Patients 2012	HOMMES	FEMMES
HL		
nb de patients	6 192	6 247
âge moyen	45,7	50,8
âge median	45	50
sexe-ratio	1,0	
HDT + SPPI		
nb de patients	864	761
âge moyen	41,4	48,0
âge median	39	47
sexe-ratio	1,1	
HO		
nb de patients	431	86
âge moyen	39,7	48,2
âge median	39	49
sexe-ratio	5,0	
HSC		
nb de patients	1 256	838
âge moyen	40,8	48,0
âge median	39	47
sexe-ratio	1,5	

On retrouve les mêmes caractéristiques que dans la première étude et l'étude nationale.

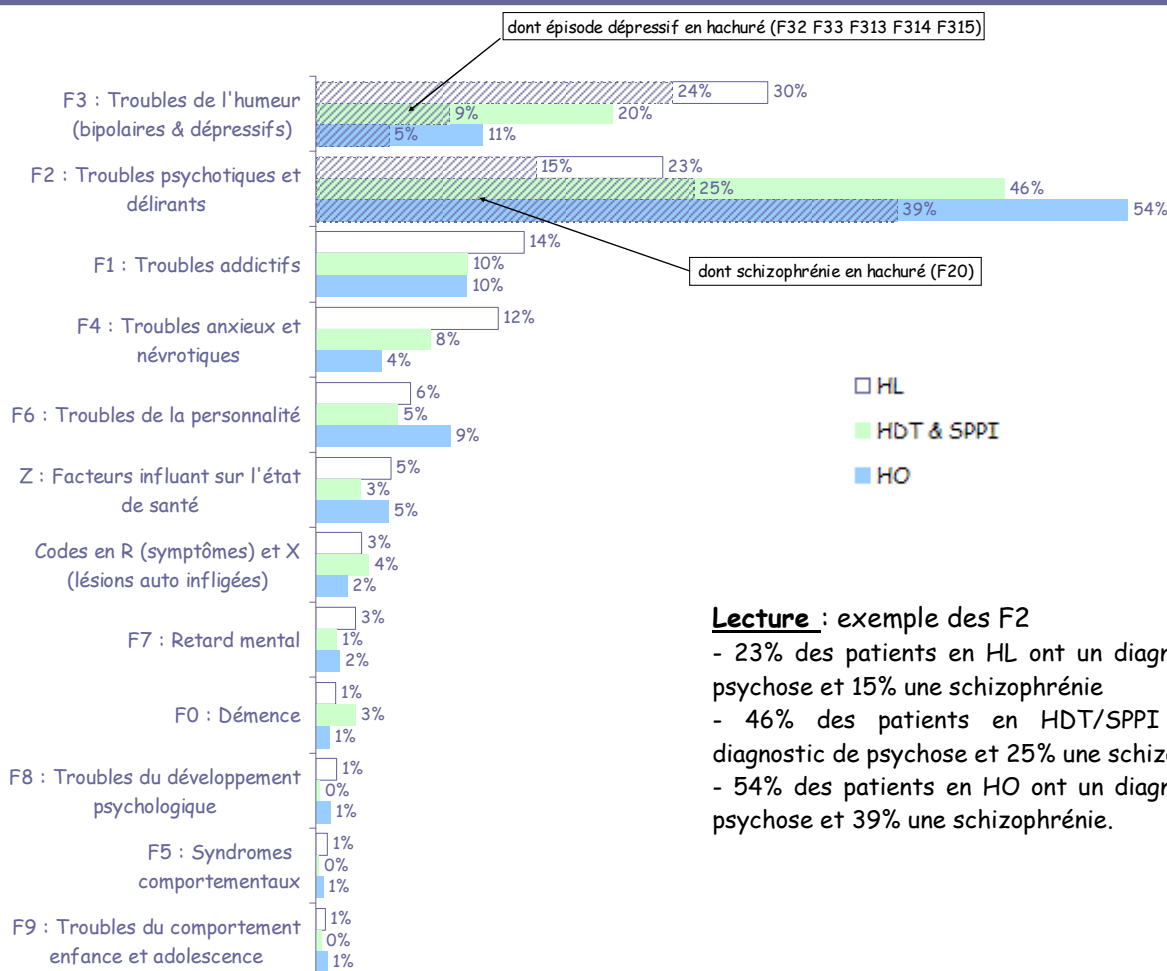
- 5 fois plus d'hommes en HO : leur âge moyen est de 40 ans contre 48 ans pour la femme,
- patients plus âgés en HL (46 ans chez l'homme, 51 ans chez la femme),
- les patients en SPPI ont le même profil que les HDT (54% d'hommes)

Figure 3 : Ensemble des modes légaux des soins sans consentement, patients domiciliés Région Centre, 2012



Lecture : % des patients hospitalisés dans chaque modes (1 patient peut être hospitalisé sous différents modes légaux donc somme >100%)

Figure 4 : Répartition des Diagnostic Principaux des séjours par mode (en priorisant si multi-mode), 2012



Lecture : exemple des F2

- 23% des patients en HL ont un diagnostic de psychose et 15% une schizophrénie
- 46% des patients en HDT/SPPI ont un diagnostic de psychose et 25% une schizophrénie
- 54% des patients en HO ont un diagnostic de psychose et 39% une schizophrénie.

La nouvelle loi de 2011 permet les soins sans consentement en Ambulatoire : mais mauvaise qualité du remplissage des modes légaux ambulatoires en 2012

- 2 établissements avec mode non rempli et 2 établissements remplis à 40%
- Remplissage exclusif en HL (par défaut?) dans 1 établissement
- Erreur sur certaines modalités

Les proportions d'HDT : 2% (de 0 à 6%) et d'HO : 1% (de 0 à 5%) sont vraisemblablement sous estimées et à revoir en 2013.

Tableau 3 : Nombre de patients et durée moyenne annuelle d'HSC et de présence effective, Région Centre 2012

HDT/SPPI	Patients	Durée annuelle d'HSC	Jours présence effective
Temps plein			
01 : Hospitalisation à temps plein	1 566	55	46
07 : Centre de crise	37	21	19
Temps partiel			
20 : Hospitalisation de jour	149		29
21 : Hospitalisation de nuit	10		21
22 : Centre d'Activité Thérapeutique et atelier thérapeutique	58		19
HO			
Temps plein			
01 : Hospitalisation à temps plein	489	116	84
07 : Centre de crise	18	21	18
Temp partiel			
20 : Hospitalisation de jour	51		47
21 : Hospitalisation de nuit	3		7
22 : Centre d'Activité Thérapeutique et atelier thérapeutique	27		20

Les durées de séquences et de présence sont très mal remplies, notamment en activité combinée.

Les calculs de durée sont donc incertains...

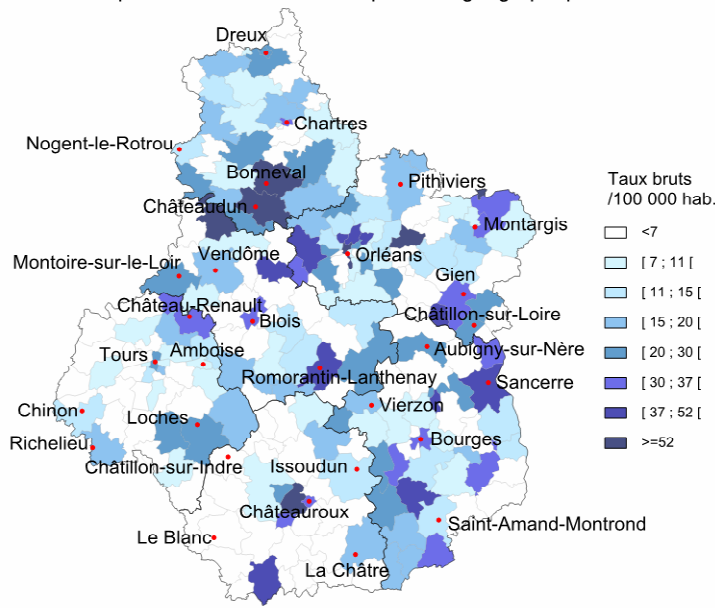
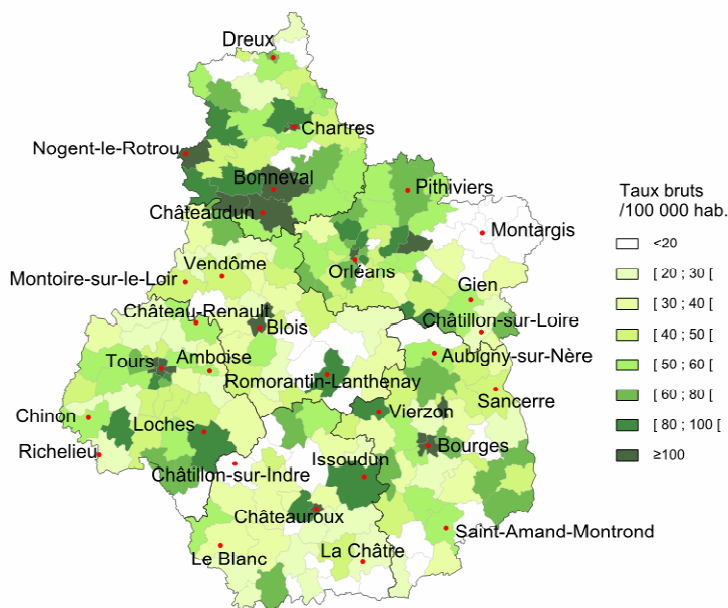
Dans l'unique Centre de Crise de la RC (CH Dreux) accueillant des patients sous contrainte le nombre moyen de jours de présence par patient est élevé (19 j) correspondant à un nombre de jours moyen par séquence de 14 j (1 patient peut faire plusieurs passages dans l'année).

Si tant est que ce soit comparable, la durée annuelle d'HDT (55 j en 2012 et 56 j en 2010) semble plus faible que la moyenne nationale (72 j en 2010), et celle d'HO (116 j en 2012 et 95 j en 2010) un peu plus élevée que la nationale (93 j en 2010). (1)

Figure 5 : Cartographie des taux bruts de patients hospitalisés en HSC, domiciliés Région Centre, 2010-2012

HDT et SPPI : Moyenne 2010-2012 des taux bruts de prévalence pour 100 000 habitants et par code géographique

HO : Moyenne 2010-2012 des taux bruts de prévalence pour 100 000 habitants et par code géographique



Attention !

Petits effectifs et population faible au niveau de certains codes géographiques, donc taux très sensibles !
 ex : - Vendôme : 15 HDT/an avec une population 2011 : 35 000 habitants, Taux=43
 - Bonneval : 20 HDT/an avec une population 2011 : 11 000 habitants, Taux=185

Tableau 4 : Activité en séjours : proportions d'HSC, et diagnostics codés, hospitalisations en psychiatrie, secteur public, pour des patients domiciliés en Région Centre 2012

SEJOURS 2012	% HDT SPPI	% HO	% HSC	% F2 : Troubles psychotiques et délirants	% F3 : Troubles bipolaires & dépressifs	% F1 : Troubles addictifs	Nb séjours
18 - CH G SAND	7%	2%	9%	24%	23%	14%	3439
28 - CHS BONNEVAL	15%	4%	19%	26%	16%	15%	2570
28 - CH DREUX	7%	4%	11%	22%	24%	10%	818
36 - CH CHATEAUROUX	24%	7%	31%	33%	15%	35%	719
36 - CH LA CHATRE	1%	1%	1%	18%	30%	2%	299
37 - CHRU TOURS	17%	3%	20%	41%	23%	8%	2652
37 - CHI AMBOISE- CHATEAU RENAULT	12%	5%	17%	46%	17%	5%	332
37 - CH CHINONNAIS	16%	7%	22%	45%	21%	10%	840
37 - CH LOCHES	3%	2%	6%	43%	10%	7%	86
41 - CH BLOIS	30%	9%	38%	48%	16%	7%	863
41 - CH VENDOME	5%	2%	7%	21%	37%	12%	614
41 - CH ROMORANTIN LANTHENAY	*	11%	11%	14%	31%	24%	360
45 - CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	*	8%	8%	39%	29%	11%	426
45 - CH FLEURY-LES-AUBRAIS	14%	6%	20%	25%	15%	22%	3610

* Problèmes codage

L'analyse des séjours par établissement retrouve des différences tant sur les diagnostics codés que les proportions d'HSC, reflet de différences de recrutement et/ou de codage des structures autorisées à prendre en charge des patients en HSC. Deux établissements ont des profils voisins : Fleury et Tours, avec 1 patient /5 en HSC mais plus de séjours pour troubles addictifs à Fleury. A Bourges, l'activité est proche de celle de Fleury mais il y a 2 moins de séjours avec soins sous contrainte. A Bonneval, l'activité est élevée, proche de celle de Tours, expliquant des taux élevés en cartographie, car la population de référence y est beaucoup plus faible. Dreux, Chinon, Châteauroux et Blois ont une activité voisine en nombre de séjours avec des proportions d'HSC les plus élevées de la région à Châteauroux et Blois.

La psychiatrie reste la seule spécialité où le soin peut n'être pas soumis au principe de libre consentement du patient, justifiant des modalités légales d'encadrement de la contrainte. La nouvelle loi de juillet 2011 introduit la notion de soins sans consentement en ambulatoire, l'admission en SPPI en l'absence de tiers demandeur, et redistribue les pouvoirs et responsabilités entre pouvoir médical, judiciaire et administratif. Le dispositif va être complété par la présence obligatoire d'un avocat lors de l'audience du juge (septembre 2014).

- Le PMSI-Psy, outil intéressant dans l'étude des populations de patients pris en charge (PEC) en Psychiatrie, reste difficile à bien renseigner, et à analyser du fait de sa complexité. Le sous découpage du séjour en séquence (dans un but tarifaire) est peu parlant pour les cliniciens qui ont une vision plus globale, au niveau séjour. Cela nous a conduit à prioriser les modes légaux au niveau du séjour, pour éviter de multiplier artificiellement le compte des diagnostics et des prises en charge. Son exhaustivité s'améliore, seules 2,6% des séquences sont sans diagnostic et sa qualité également mais elle reste hétérogène. Sur certains points précis, des règles de codage pourraient guider les cliniciens. La qualité du mode légal n'est pas encore optimale et difficile à contrôler. La multiplicité des types de prises en charge à temps complet nous a incité à ne prendre en compte que les hospitalisations (à temps complet ou en centre de crise) avec accueil physique du patient à l'hôpital. Pour ne pas rajouter de complexité, nous avons également choisi de garder la description clinique via les têtes de chapitre de la CIM10.

Les limites des études sur le PMSI-Psy sont multiples : difficulté à compter les patients car pas de lien via l'ANO entre les soins en hospitalisation et les soins ambulatoires, le lien ne pouvant se faire que par l'IPP si le patient reste dans le même établissement ; complexité et fractionnement du recueil d'information qui rendent les parcours difficiles à tracer ; complexité à bien cerner les durées de présence, notamment en cas d'activité combinée, et à temps partiel. La complexité du système d'information, jointe aux difficultés à caractériser les troubles mentaux (3), rendra difficile la mise en place à court terme d'une tarification juste et équitable.

- L'application de la loi semble avoir impacté les pratiques, en diminuant de 7% les HSC à temps complet et en favorisant les soins sans consentement à temps partiel (12% des patients HSC de RC en 2012), et en ambulatoire (encore très peu présents dans ce secteur en 2012 car le mode légal y est encore mal renseigné). La loi est appliquée, mais il est difficile de comparer la prise en charge hors hospitalisation complète de ces patients aux années précédentes : les patients « sous contrainte » suivis en externe se trouvaient en « sortie d'essai » (à domicile mais sous la responsabilité de l'établissement) mais étiquetés pris en charge à temps complet. Le suivi des soins contraints externes est désormais plus aisé et mérite d'être poursuivi pour voir si la possibilité offerte conduit à diminuer, comme observé en 2012, la surveillance à temps complet pour ceux qui n'en ont plus besoin, en proposant une contrainte plus discrète en externe. Enfin, les SPPI concernent 6% des patients d'HSC en 2012 avec une augmentation importante au niveau national (de 11% en 2012 à 18% en 2013 des HSC, données SNATIH).

- La situation des soins sous contrainte en RC reste par contre assez stable en ce qui concerne :

- le profil des patients : prédominance masculine des soins sans consentement, et âge plus jeune que les femmes.
- les pathologies en causes : les troubles psychotiques sont en cause moins d'1 fois / 2 en HDT et plus d'1 fois/2 en HO, la schizophrénie étant au 1^{er} plan surtout en HO (39% des HO), suivie par les troubles de l'humeur eux 2 fois plus fréquents en HDT(20%) qu'en HO (11%) mais également responsables de 30% des HL (1 patient sur 4 y est dépressif) et enfin les troubles addictifs représentent 10% des HSC.

- la répartition des modes légaux d'hospitalisations sans consentement est superposable à l'étude nationale (1).

- La disparité régionale semble s'atténuer, même si l'Eure-et-Loir reste au dessus pour HDT et HO surtout dans le sud du département où malgré la faible densité de population un gros établissement est présent depuis 1 siècle, le Loiret ayant bien baissé ses taux depuis 2010. La moyenne des taux sur 3 ans montre au sein des départements des foyers disséminés où les taux sont plus élevés.

- Le parcours du patient au décours de l'HSC sera intéressant à décrire, dès lors que le lien entre hospitalisation et ambulatoire sera effectif, ainsi que la qualité des données ambulatoires.

Bibliographie:

1) Coldefy M., Nestrigue C. (2013). "L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010". *Irdes, Questions d'économie de la santé n°193*

2) Rapport UREH : hospitalisations psychiatriques à temps plein en Région Centre - données PMSI 2009 - https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/976/1719/3228/4181.pdf

3) Dossier ADSP (Haut Conseil de la santé Publique), septembre 2013, *Psychiatrie : mutation et perspectives*.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=141>

4) Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) - Rapport d'activité 2013 <http://www.cglpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013-2/>

5) Coldefy M, Rapport DREES 2007 : la prise en charge en santé mentale

Remerciements au Conseil Scientifique :

Dr DAGOURY (ARS CENTRE), Dr BIOTTEAU (CHRU de TOURS -37)
Dr SOULIE (CH BONNEVAL-28), Dr VAGAPOFF (CH G. DAUMEZON - FLEURY
LES AUBRAIS-45), DR DUDEK (CH G. SAND - BOURGES-18)
Dr PLACE (Clinique de la Chesnaie- CHAILLES-41)

Réalisation UREH (ureh@chu-tours.fr) :

Dr S. BARON, Melle L. GODILLON, Mme A.I. LECUYER
Document téléchargeable sur le site de l'UREH :
<https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>