

« Chez soi d'abord » : se rétablir chez soi d'un trouble psychique sévère

Drs CARLA GARCIA GONZALEZ DE ARA^a, STÉPHANE MORANDI^a, MATTHIAS LIPPUNER^a, JOEL DELMATTI^a, PHILIPPE GOLAY^a et CHARLES BONSAK^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 1605-9

Les troubles psychiatriques peuvent avoir pour conséquence une grave précarité de logement, avec une aggravation des troubles, des hospitalisations inappropriées, des périodes sans-abri, la consommation de substances, voire le suicide. Le modèle «chez soi d'abord» (*housing first*) propose un accès direct au logement avec le soutien d'une équipe de psychiatrie mobile, qui court-circuite les étapes usuelles hôpital – foyer – logement individuel. L'objectif de cet article est de décrire un projet pilote «chez soi d'abord» réalisé à Lausanne. Des données démographiques, cliniques et d'utilisation des services ont été récoltées auprès des participants, 12 mois avant et après l'intégration au programme. Seize personnes ont été intégrées en logement. La durée moyenne (de 81 à 15 jours) et le nombre moyen d'hospitalisations psychiatriques (de 1,31 à 0,44) ont diminué de manière statistiquement significative pour un coût direct moindre. De nombreux obstacles restent néanmoins à surmonter pour pérenniser ce programme.

Housing first: at home recovery of severe mental disorder

Mental disorders may result in severe precariousness of housing, with a worsening of the disorders, inappropriate hospitalizations, homelessness, substance abuse or even suicide. The «housing first» model offers direct access to housing with the support of a mobile psychiatric team, which bypasses the usual steps hospital – fostered home – independent housing. The goal of this article is to describe a «housing first» pilot project conducted in Lausanne. Demographics, clinical and services' use data were collected from participants 12 months before and after the integration into the program. 16 people have been integrated into housing. The average length (from 81 to 15 days) and the average number of psychiatric hospitalizations (from 1.31 to 0.44) declined significantly for 30%-60% less direct costs as compared to fostered homes. However, several obstacles remain to be overcome in order to continue this program.

INTRODUCTION

Certaines personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ne trouvent pas de solution dans le système d'hébergement classique et sont en grave précarité de logement.¹ Cela aboutit à des hospitalisations inappropriées, à des périodes sans-abri, à une instabilité psychique et à la consommation de substances, voire au suicide.² Pour remédier à ces

difficultés, le modèle d'intervention «chez soi d'abord» (*Housing first*) a été développé pour des sans-abri souffrant de troubles psychiques sévères. Fondé sur une culture orientée vers le rétablissement, ce modèle promeut un accès direct au logement, sans critère d'exclusion et avec le soutien d'une équipe de psychiatrie mobile. Développé avec succès à New York dans les années 90,^{3,4} le modèle a été également implanté au Canada^{5,6} et récemment dans le cadre d'un projet européen en France, Hollande, Royaume Uni, Danemark et Portugal.^{7,8} Les résultats montrent un taux de maintien en logement supérieur à 80%, ainsi qu'une stabilisation de l'état de santé et un recours moindre aux services d'urgences.^{5,9-11}

« Chez soi d'abord » va à l'encontre du modèle « continuum de soins » utilisé actuellement dans beaucoup de pays occidentaux comme la Suisse, lequel propose un continuum d'institutions d'hébergement collectif par lesquelles la personne doit passer avant d'accéder à un logement individuel. En raison de leurs troubles psychiques ou de leurs valeurs personnelles, certaines personnes ont des réticences ou des difficultés à respecter un tel programme, qui devient alors une barrière à l'accès au logement et à leur engagement thérapeutique.¹²

Dans le canton de Vaud, un projet pilote «chez soi d'abord» a été initié depuis 2013 avec le soutien du Département de la santé et de l'action sociale et s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychiques en grande précarité de logement. Comme ses homologues européens, ce projet engage la collaboration de plusieurs partenaires: une équipe de psychiatrie mobile du CHUV, la ville de Lausanne et des intervenants socio-éducatifs du réseau. La ville favorise l'accès à des logements individuels. L'équipe de psychiatrie mobile intervient dans la phase d'intégration chez soi afin de gérer les stress, ajuster le traitement et mettre en place un réseau de soins. Les intervenants socio-éducatifs assurent un soutien à plus long terme.

Le but de l'article est d'examiner la faisabilité et les résultats du modèle «chez soi d'abord» destiné à des personnes souffrant de troubles psychiques avec ou sans comorbidité d'abus de substances ou d'alcool dans la région de Lausanne à partir d'une expérience pilote.

MÉTHODE

L'expérience pilote s'est déroulée en deux phases. Une troisième phase de pérennisation est en cours de planification.

^a Section de psychiatrie sociale, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
carla.garcia-gonzalez-de-ara@chuv.ch | charles.bonsack@chuv.ch

Les trois phases

Phase I – «chez soi d'abord» light

L'objectif de la phase I a été d'intégrer dix usagers dans les studios d'un même immeuble appartenant à la Fondation Bois-Gentil. L'équipe de psychiatrie mobile du CHUV (0,8 équivalent plein temps (EPT)) intervient pour les personnes concernées et collabore étroitement avec l'équipe socio-éducative de la fondation.

Phase II – «chez soi d'abord» dans la cité

L'objectif de la phase II a été d'intégrer cinq à dix usagers disséminés dans des appartements en ville, en collaboration avec la ville de Lausanne, la fondation de l'Orme et l'équipe de psychiatrie mobile du CHUV (1,8 EPT).

Phase III – Pérennisation et collaboration avec l'association de proches L'Ilôt

Le but de la phase III sera d'intégrer de cinq à dix usagers par an dans des appartements disséminés dans la cité, en collaboration entre la ville de Lausanne, l'association de proches l'Ilôt et l'équipe de psychiatrie mobile du CHUV (1,2 EPT).

Population cible

La population cible est constituée par les personnes souffrant de troubles psychiatriques avec ou sans comorbidité d'abus de substances ou d'alcool, en grande précarité de logement et qui souhaite intégrer un logement individuel à l'exclusion de toute autre forme d'hébergement. La précarité de logement se manifeste par le fait d'être sans abri, longuement hospitalisé sans solution d'hébergement, ou avoir vécu des échecs répétés dans des établissements psycho-sociaux. Il n'y a pas de critères d'exclusion. Pour obtenir un appartement avec le soutien de la ville de Lausanne, un lien antérieur avec la ville devait être démontré.

Procédure d'inclusion dans le programme

Les demandes sont adressées à l'équipe de psychiatrie mobile, qui sélectionne les personnes éligibles. Dans la phase I, les situations ont été présentées par difficultés croissantes. Dans la phase II, les dossiers éligibles ont été soumis à la Ville de Lausanne uniquement pour vérification des conditions administratives pour prioriser l'accès au logement.

Description de l'intervention de l'équipe de psychiatrie mobile

Il s'agit d'une intervention de *case management* clinique, focalisée sur le moment critique de l'intégration dans un logement individuel. Cette intervention part des difficultés liées au logement pour engager les personnes dans des soins adéquats. Initialement, les personnes sont désaffiliées sur le plan social et sanitaire. Elles sont généralement sans-abri ou ont de graves difficultés de logement et sont difficiles à engager dans des soins. Le but de l'intervention est de favoriser le rétablissement dans le respect des besoins, des priorités et des valeurs de la personne. Les difficultés de logement constituent une priorité pour la personne, mais sans que celle-ci ne fasse le lien avec des troubles psychiques. Le *case manager* se déplace donc à domicile pour évaluer les troubles et leurs

conséquences fonctionnelles, coordonner les interventions et favoriser l'engagement dans les soins psychiatriques. Il effectue un bilan des difficultés, des ressources et de la santé psychique de la personne, tout en la soutenant dans son projet de logement. Le *case manager* se montre flexible, mobile, disponible et proactif. Il utilise des outils tels que l'évaluation systématique des besoins (ELADEB),¹³ la carte réseau et le plan de crise conjoint.¹⁴ Le plan de crise conjoint permet de définir avec la personne et son entourage les mesures à prendre pour anticiper et gérer une crise. Lorsque la personne accepte des soins, elle est accompagnée par l'équipe vers des suivis psychiatriques institutionnels ou privés. Une fois les suivis psychiatrique et socio-éducatif mis en place, le suivi de l'équipe mobile peut se terminer. La durée prévue d'intervention est de deux ans, avec une phase initiale de suivi intensif dans le milieu de trois mois en moyenne.

RÉSULTAT DES PHASES I ET II

Aspects quantitatifs

Seize personnes ont été intégrées en logement (**tableau 1**): douze personnes occupent un studio de la fondation Bois Gentil et quatre personnes ont été logées dans des appartements disséminés en ville. Treize personnes ont été maintenues dans le logement initialement proposé. Une personne des logements en ville est sortie du programme pour intégrer un établissement médico-social. Deux personnes dans les studios sont décédées suite à un accident et à une overdose. Neuf personnes ont établi des liens solides avec un réseau social et de soins et ne nécessitent plus de suivi intensif dans le milieu en première ligne: l'équipe mobile reste à disposition en deuxième ligne pour des interventions ponctuelles ou pour une supervision d'équipe. Pour trois personnes, le suivi intensif dans le milieu se poursuit.

	TABLEAU 1	Participants au programme «Housing first»
Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des participants (n = 16).		
Caractéristiques		
Age, moyenne (écart type)		42,6 (12,0)
Sexe féminin, % (N)		50,0 (8)
Diagnostic axe I, % (N)		94,4 (15)
Psychose		62,5 (10)
Trouble bipolaire		18,8 (3)
Dépression majeure		6,3 (1)
Pas de diagnostic sur l'axe 1		6,3 (1)
Abus de substances, % (N)		50,0 (8)
Alcool		12,5 (2)
Autres substances		31,3 (5)
Alcool + Autres substances		6,3 (1)
Trouble de la personnalité, % (N)		18,8 (3)
Trouble de la personnalité Borderline		12,5 (2)
Trouble organique de la personnalité		6,3 (1)
Précarité de logement, % (N)		68,8 (11)
Hospitalisation de longue durée		25,0 (4)
Sans-abri		12,5 (2)
Autres		31,3 (5)

L'évaluation de l'utilisation des services de soins aigus dans l'année qui précède et celle qui suit l'intégration dans le programme révèle les éléments suivants: la durée totale d'hospitalisations psychiatriques est passée d'en moyenne 81 jours les douze mois précédant le programme «chez soi d'abord» à 15 jours les douze mois suivant le programme. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,014$). Au niveau individuel, 12 patients ont vu leur durée d'hospitalisation diminuer, 3 d'entre eux n'ont pas observé de différence et 1 patient a vu sa durée d'hospitalisation augmenter.

Le nombre total d'hospitalisations psychiatriques a également diminué, passant d'en moyenne 1,31 les 12 mois précédant *Housing first* à 0,44 les 12 mois suivants. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,006$). Au niveau individuel, 9 patients ont vu leur total d'hospitalisations diminuer, 6 d'entre eux ont vu ce total rester stable et 1 patient a vu son nombre d'hospitalisations psychiatriques augmenter.

Le recours aux urgences somatiques est passé quant à lui d'en moyenne 0,44 à 0,13. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,173$). Au niveau individuel, 4 patients ont vu leur recours aux urgences somatiques diminuer, 11 patients ont vu ce total rester stable et 1 patient a vu son nombre de recours aux urgences somatiques augmenter.

Enfin, le recours aux urgences psychiatriques a légèrement augmenté, passant de 0,00 les 12 mois précédant «chez soi d'abord» à 0,13 après. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,164$). Au niveau individuel, 14 patients ont vu leur total rester stable et 2 patients ont vu leur total augmenter.

Aspects qualitatifs

Les aspects qualitatifs ont été évalués sur 4 axes: 1) l'implémentation du programme, 2) l'évolution clinique, 3) la satisfaction des usagers et des partenaires et 4) une évaluation grossière des coûts directs.

Implémentation du programme

Le programme a été implanté sur la base de l'expérience existante des équipes de psychiatrie mobile. La nouveauté du programme a consisté à systématiser l'accès direct au logement et à développer un modèle de collaboration approprié avec certains partenaires du réseau socio-éducatif, les gérances et la ville de Lausanne. La *phase I* a ouvert l'accès à un logement individuel à des personnes souffrant de troubles psychiques complexes dans des studios qui n'hébergeaient auparavant que des situations stables. Dans ce processus, la fondation Bois-Gentil a profondément modifié sa population cible, les critères d'admission et développé ses principes de suivis individualisés et d'autonomisation dans les principes du rétablissement. La collaboration avec l'équipe mobile du CHUV a été approfondie, avec des supervisions d'équipe et l'utilisation systématique d'outils tels que le plan de crise conjoint. La *phase II* a permis de se confronter aux attentes des gérances et à mettre en place un processus d'intervention par étapes. Les gérances sont réticentes à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques et demandent des garanties de suivi, d'anticipation des situations de crise. Sur le plan financier, elles exigent une prise de bail par un garant, qui assume no-

tamment le risque de dégâts dans le logement. Ces exigences ont abouti à la planification de la *phase III*, qui prévoit la collaboration de l'association de proches l'Ilôt pour la recherche d'appartements, les démarches administratives avec les gérances, la prise de bail et la gestion mutualisée des risques.

Evolution clinique

L'expérience pilote a permis d'intégrer en appartement des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères en grande précarité de logement.

Vignette clinique

Sylvaine est une petite femme de 48 ans, souffrant d'un trouble schizo-affectif depuis plus de 25 ans. SDF depuis plusieurs années, elle a passé la moitié des deux dernières années à l'hôpital psychiatrique. Malgré plusieurs échecs de tentatives de vivre en appartement, elle refuse catégoriquement d'intégrer un foyer et préfère dans ce cas vivre dans la rue. Le projet de studio lui paraît néanmoins une alternative acceptable. Malgré une certaine instabilité psychique et des périodes de crise qui ont nécessité de brèves hospitalisations, elle se maintient depuis deux ans dans son logement.

L'intégration dans le logement provoque fréquemment une crise initiale, liée au constat que le logement ne règle pas tous les problèmes. Au contraire, les personnes prennent conscience de leurs difficultés à affronter la vie quotidienne en raison de leur anxiété, des troubles psychotiques ou de la dépression. Libérées du combat pour un logement, elles constatent le vide de leur vie sociale, ainsi que la perte d'autonomie et de leurs compétences sociales.

Vignette clinique

Robert est un homme de 28 ans, athlétique, faisant moins que son âge. Il est le père d'une petite fille de 4 ans, à qui il est profondément attaché et qu'il voit sporadiquement. Souffrant de schizophrénie, il a perdu son logement et vit à l'hôtel depuis 3 ans. L'intégration dans le programme se fait très rapidement en raison de la disponibilité immédiate d'un appartement en ville. Dès le début, Robert manifeste son angoisse en exprimant de nombreux reproches aux intervenants à qui il téléphone plusieurs fois par jour. Très affecté par la solitude, angoissé, il se montre initialement incapable de gérer son quotidien. Il est progressivement rassuré par la mise en place d'un suivi régulier, d'une médication adéquate et d'une aide au ménage. Il peut ainsi se détendre et recevoir sa fille dans de meilleures conditions.

Dépasser la crise initiale permet d'améliorer l'engagement dans les soins et l'adhésion au traitement nécessite environ 3 mois. Un réseau social et de soins est progressivement constitué. Le suivi de l'équipe de psychiatrie mobile devient ensuite moins intensif et des relais sont mis en place avec les partenaires de la filière d'hébergement. Le soutien de l'équipe mo-

bile s'arrête en principe après deux ans, mais peut réintervenir en priorité à la demande.

Vignette clinique

Marlène a passé deux ans à l'hôpital en étant farouchement opposée à tout projet de soins. Contrairement à ses thérapeutes, elle s'estime parfaitement capable de vivre seule en appartement. L'intégration en logement dans le cadre du projet la convainc d'accepter un traitement antipsychotique dépot. Après trois mois d'intervention de l'équipe mobile, à la surprise de tous, Marlène se montre parfaitement autonome et la situation est suffisamment stabilisée pour passer le relais à l'équipe socio-éducative et un suivi psychiatrique standard.

En théorie, le bail devrait glisser au nom de la personne après deux ans de stabilité. Cela n'a pas encore été possible en pratique pour les participants inclus dans le projet pilote.

Satisfaction des usagers et des partenaires

Les personnes intégrées dans le programme sont satisfaites que leurs valeurs et leurs attentes personnelles aient été prises en compte. Le soutien de l'équipe mobile et les qualités personnelles des intervenants sont soulignés. Le lien est maintenu et la satisfaction est présente même en cas d'échec d'intégration dans le premier logement.

Vignette clinique

Georges a été longuement SDF. Il intègre le programme après une brève peine de prison pour usage de stupéfiants. Son intégration dans un immeuble résidentiel est compliquée par les visites de ses anciens amis de la rue. A la suite d'un tapage nocturne dû à sa difficulté à se débarrasser d'un «ami» alcoolisé, il est rapidement expulsé de son logement. Il est néanmoins reconnaissant à l'équipe d'avoir pu faire cette expérience et se rend compte de l'importance de mettre des limites et de reconstruire un réseau social différent dans le futur. Malgré ses réticences initiales, il se demande s'il ne devrait pas d'abord passer quelque temps dans un établissement psychosocial, afin d'être aidé à mettre des limites au quotidien avec ses amis de la rue.

Il n'y a pas eu d'enquête formelle de satisfaction.

Evaluation économique

L'évaluation économique ne compare que les coûts directs entre le programme «chez soi d'abord» et un hébergement dans un établissement psychosocial de la filière psychiatrique (tableau 2).

DISCUSSION

Contrairement au modèle habituel de «continuum de soins» où plusieurs étapes de rétablissement précèdent l'accès au loge-

TABLEAU 2 Comparaison des coûts directs moyens

Comparaison entre établissement psycho-social et Housing first.
EPT: équivalent plein temps.

Coût annuel moyen des prestations par personne	
EMS psychosocial	Housing first
~210.- à 326.- CHF/jour	~10 800.- CHF de prestations socio-éducatives/an ~20 000.- CHF de loyer et nourriture/an ~20 000.- CHF 0,15 EPT équipe de psychiatrie mobile/an
~ 76 650 à 118 990.- CHF/an	~50 800.- CHF/an

ment individuel, le programme «chez soi d'abord» représente un changement radical par l'accès direct au logement comme préalable au rétablissement. Efficace pour des personnes sans domicile fixe souffrant de troubles psychiatriques sévères avec des problèmes d'addiction, sa faisabilité et son acceptabilité devaient être démontrées en Suisse romande.

Implantation

Le succès d'un programme «chez soi d'abord» consiste en un cercle vertueux entre les soins pour le rétablissement et le maintien en logement: il commence par le logement, qui favorise le rétablissement, qui favorise à son tour le maintien en logement. En conséquence, plusieurs types de services doivent être fournis simultanément comme des soins sur place, le soutien d'un *case manager* et l'aide à respecter les règles minimales de voisinage.¹⁵ Non seulement plusieurs partenaires d'horizons différents doivent s'associer sur le terrain, mais les financeurs doivent également convenir d'une répartition des coûts qui peut s'avérer complexe dans une période de restriction budgétaire. D'autre part, les décideurs peuvent considérer «qu'on le fait déjà», car des formes de soutien au logement existent déjà localement pour certaines personnes souffrant de troubles de santé mentale.¹⁶

Néanmoins, de manière analogue à la Grande-Bretagne, on peut noter deux différences principales dans les ressources existantes par rapport au logement d'abord.¹⁷ Premièrement, les ressources existantes sont destinées exclusivement à des personnes avec des besoins de soutien modéré ou faible, ou en tout cas aux personnes considérées comme «à risque faible» même si leurs besoins sont complexes. Deuxièmement, l'éligibilité des personnes est fortement dépendante de leur engagement. Dans la plupart des cas, les personnes doivent adhérer préalablement à un plan de traitement global avant d'être acceptées dans le programme. Les gérants jouent un rôle important dans l'accès des candidats aux locations, et malgré certains préjugés sur les troubles mentaux, ils ont accepté de «jouer le jeu» en constatant notamment que la plupart des candidats ne provoquent pas plus de troubles que le locataire moyen. Comme dans d'autres études,¹⁸ les craintes financières restent au premier plan, suivies par les visiteurs importuns, les conflits avec les autres locataires ou la mauvaise tenue des lieux.

Clinique

Conjointement au maintien en logement, l'état de santé des personnes s'est qualitativement amélioré, avec une diminu-

tion des consommations abusives d'alcool et de substances. Le recours aux soins aigus a également diminué de manière comparable à d'autres études.¹⁵

Coût

Le coût direct du programme est inférieur de 30 à 60% à un hébergement en établissement psycho-social. Par ailleurs, certaines études montrent que le coût global d'une personne souffrant de troubles psychiatriques sévères sans abri est supérieur que lorsqu'elle est logée, malgré le coût supplémentaire d'un programme de type «chez soi d'abord», et ce en raison du coût des soins urgents, des nuits en abri temporaire et des mesures de protection liées à la consommation de substances ou d'alcool.^{15,19}

CONCLUSION

L'expérience pilote de «chez soi d'abord» a permis l'intégration en logement individuel d'une quinzaine de personnes en situation complexe, précédemment marginalisées, ayant vécu de multiples ou longues hospitalisations et des échecs en hébergement collectif. Treize d'entre elles sont toujours dans leur logement, sans difficulté majeure avec le voisinage et avec une nette amélioration de la collaboration au suivi et une meilleure gestion des périodes de crise. La période d'intégration dans le logement aura néanmoins souvent passé par une phase initiale difficile de désillusion et de solitude, mais qui leur aura permis de développer une forte collaboration avec les intervenants, une meilleure motivation au traitement et augmenté leurs compétences dans la résolution de problèmes.

La phase pilote a ainsi permis de mettre en place un modèle de collaboration et d'intervention impliquant différents partenaires, de développer des outils de prévention des situations critiques tels que le plan de crise conjoint, et de tester la faisabilité de l'accès direct au logement pour des personnes

précarisées et fragiles psychiquement. Il s'agit maintenant de passer à une phase de développement durable, avec un accès au programme d'une vingtaine de personnes par an, la professionnalisation du soutien à l'accès au logement, la pérennisation de l'équipe mobile et la poursuite d'une collaboration avec une palette large de partenaires du réseau socio-sanitaire. De nombreux obstacles doivent toutefois encore être dépassés, mais le programme «chez soi d'abord» représente un pas important pour surmonter la discrimination de l'accès au logement pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le «chez soi d'abord» est un modèle qui a démontré sa faisabilité et son efficacité pour les sans-abri souffrant de troubles psychiatriques avec une comorbidité d'abus de substances
- Le respect des droits fondamentaux tels que le droit au logement ou les libertés individuelles précèdent le rétablissement et non l'inverse
- Le rétablissement à long terme dans le logement nécessite une collaboration de réseau entre des acteurs tels que le médecin de premier recours, un soutien socio-éducatif et les services sociaux et de logement communaux
- L'accès au logement ne permet pas le rétablissement en soi, mais donne un socle à l'intervention d'une équipe spécialisée de psychiatrie mobile
- Le «chez soi d'abord» semble permettre une économie globale, mais nécessite une coordination complexe de plusieurs sources de financement

1 Jaeger M, Briner D, Kawohl W, Seifritz E, Baumgartner-Nietlisbach G.

Psychosocial functioning of individuals with schizophrenia in community housing facilities and the psychiatric hospital in Zurich. *Psychiatry Research* 2015;230:413-8.

2 Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014;384:1541-7.

3 ** Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2000;51:487-93.

4 Tsemberis S, Asmussen S. From streets to homes: The pathways to housing consumer preference supported housing model. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1999;17.

5 Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the at home-chez soi demonstration project. *Can J Psychiatr* 2015;60:467-74.

6 Polvere L, Macnaughton E, Piat M. Participant perspectives on housing first and recovery: Early findings from the At Home/Chez Soi project. *Psychiatr Rehabil J* 2013;36:110-2.

7 Vidon G, Antoine JM. De l'hébergement thérapeutique au «Un chez soi d'abord». *L'information psychiatrique* 2013;89:233-40.

8 Busch-Geertsema V. Housing First Europe: Final Report. Bremen/Brussels: Housing First Europe, 2013.

9 Adair CE, Streiner DL, Barnhart R, et al. Outcome trajectories among homeless individuals with mental disorders in a multisite randomised controlled trial of housing first. *Can J Psychiatr* 2017;62:30-9.

10 Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* 2005;36:223-38.

11 Tsemberis S, Kent D, Respress C. Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *Am J Public Health* 2012;102:13-6.

12 ** Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004;94:651-6.

13 Bellier-Teichmann T, Golay P, Bonsack C, Pomini V. Patients' needs for care in public mental health: Unity and diversity of self-assessed needs for care. *Front Public Health* 2016;4:22.

14 * Bartolomei J, Bardet Blochet A, Etter M, et al. Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2012;163:58-64.

15 Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.

16 McCormick M, Bonsack C, Camus D, Golay P. Rapport d'évaluation: les prestations socio-éducatives (2003-2007). Lausanne: Service des Assurances Sociales et de l'hébergement (SASH); Département de Psychiatrie du CHUV (DP-CHUV), 2009.

17 * Johnsen S, Teixeira L. «Doing it Already?» : Stakeholder Perceptions of Housing First in the UK. *International Journal of Housing Policy* 2012;12:183-203.

18 Aubry T, Cherner R, Ecker J, et al. Perceptions of private market landlords who rent to tenants of a Housing First program. *Am J Community Psychol* 2015;55:292-303.

19 Mondello M, Gass AB, McLaughlin T, Shore N. Cost of homelessness: Cost analysis of permanent supportive housing. Portland: State of Maine - Greater Portland, 2007.

* à lire

** à lire absolument