

Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique

Prs CHARLES BONSACK^a, PHILIPPE CONUS^b et Dr STÉPHANE MORANDI^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 1402-6

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées suite au virage communautaire. La réduction du nombre de lits et la prise de conscience des possibilités de rétablissement des troubles psychiques ont conduit à réserver les hospitalisations aux périodes de crise. Actuellement, de nouvelles structures d'accueil et d'hébergement et des modèles de soins tels que l'assertive community treatment permettent à des personnes souffrant de troubles psychiques sévères de vivre dans la communauté tout en luttant contre la précarité et l'abandon. Cet article présente les alternatives à l'hospitalisation s'inscrivant dans une psychiatrie qui répond aux besoins des patients de manière proportionnelle et efficiente, dans le réseau de soins et qui offre un équilibre entre approche communautaire et hospitalisations.

Alternatives to psychiatric hospitalisation

In psychiatry, alternatives to hospitalisation have been developed further to deinstitutionalisation. With the decrease in the number of psychiatric beds and the emergence of new representations regarding the possibility of recovery for people with mental disorder, hospitalisations have been limited to crisis periods. Sheltered housing has been created for vulnerable people. New models of care such «assertive» community treatment» allow to following people with severe mental disorders in the community, whilst avoiding precariousness and isolation. This article aims to present alternatives to psychiatric hospitalisation in a vision of care that answers patients' needs in a proportional and efficient way, that offers a good collaboration with other care providers and that is well-balanced between community care and hospitalisations.

INTRODUCTION

Depuis les années 50, le nombre de lits psychiatriques a diminué de 50 à 85% dans les pays occidentaux, pour arriver à une moyenne de 100 lits par 100 000 habitants environ aujourd'hui.¹ La plupart des personnes qui souffrent de troubles psychiques sévères, telle une schizophrénie, vivent dans la communauté et bénéficient de soins alternatifs à l'hospitalisation. On estime qu'à chaque instant 5% sont à l'hôpital, 10% en hébergement institutionnel et 85% dans la communauté.

Le mouvement de déshospitalisation débute dans les années 50. Il s'agit alors de fermer les asiles considérés comme néfastes et comparés à des institutions totalitaires telles que

les camps de concentration.² Les soins communautaires sont peu développés. Invalidés par leur vie institutionnelle, les patients sont transférés avec succès dans des institutions plus petites et plus proches de la communauté.³ Dans les années 80, la réduction du nombre de lits se poursuit. L'enjeu est alors de ne pas abandonner les patients dans la communauté. On développe des équipes mobiles de type *assertive community treatment* ou des services ambulatoires de secteurs. Le phénomène hospitalier de la « porte tournante » apparaît avec les réadmissions fréquentes de patients difficiles à stabiliser.⁴ Ces changements structurels se font simultanément à une révolution culturelle en psychiatrie avec l'émergence du principe de rétablissement.⁵ Basé sur le récit de patients, le but n'est plus l'élimination des symptômes, mais la capacité de vivre une vie accomplie dans la communauté malgré le trouble psychique. Le rétablissement englobe les notions d'autonomie, d'empowerment et de connexions sociales qui sont incompatibles avec l'hospitalisation psychiatrique de longue durée. Il s'agit de passer de l'agenda du professionnel à celui du patient. Plusieurs interventions basées sur des preuves se développent alors dans le milieu naturel pour améliorer l'insertion sociale, le logement, les activités professionnelles et pour faire face aux moments critiques de la vie.⁶

Ces modifications structurelles et culturelles ont des conséquences importantes sur l'organisation des services et la politique de santé mentale. Les soins hospitaliers doivent s'adapter à la brièveté des séjours. L'hôpital psychiatrique n'est plus un lieu isolé, mais il est intégré dans un système communautaire complexe.⁷ L'hospitalisation brève doit s'articuler avec le temps long du rétablissement.

L'objectif de cet article est de faire le point sur les alternatives aux hospitalisations psychiatriques, dans la perspective de développer un système de santé mentale équilibré proposant des soins communautaires et hospitaliers qui répondent de manière proportionnelle et ciblée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

ENJEUX ÉTHIQUES ET DE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Les enjeux éthiques sont résumés dans le **tableau 1**. Suite au virage communautaire les principes d'autonomie et d'équité ont pris le pas sur celui de bienfaisance. Autrefois, les soignants recouraient à la contrainte « pour le bien » des personnes souffrant de troubles psychiques. Actuellement, comme l'illustre notamment la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf), il s'agit

^a Service de psychiatrie communautaire, ^b Service de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
charles.bonsack@chuv.ch | philippe.conus@chuv.ch
stephane.morandi@chuv.ch

TABLEAU 1

Psychiatrie asilaire et psychiatrie communautaire

Enjeux éthiques et changement de paradigme.

	Psychiatrie asilaire	Psychiatrie communautaire
Valeurs/risques	Bienfaisance, «privilège thérapeutique»/perte des droits de la personne	Autonomie, respect des droits fondamentaux/abandon, incohérence
Conception des troubles mentaux	Chronicité/incurabilité des troubles	Rétablissement/intégration de l'expérience vécue
Objectifs	Protection de la société et de la personne	Rétablissement dans un milieu naturel
Traitement	Focalisation sur les troubles. Hospitalisations de longue durée. Réadmissions considérées comme néfastes	Focalisation sur les conséquences psychosociales. Hospitalisations brèves. Longue durée considérée comme néfaste
Moyens	Stabilisation, contrôle, apprentissage en milieu protégé, mise à l'écart d'un environnement social stressant	Espoir d'une vie accomplie, empowerment, apprentissage par l'expérience en milieu naturel, connexions sociales

d'abord de préserver l'autonomie des personnes et de leur offrir les mêmes droits que les autres citoyens, au risque de renoncer à des soins que les médecins jugeraient nécessaires.⁸

En termes de politique de santé mentale, lorsque les possibilités de recours à l'hospitalisation diminuent, les alternatives à cette dernière doivent se développer afin d'éviter que les personnes souffrant de troubles psychiques ne se retrouvent à la rue ou en prison. Le *balanced care model* propose des soins psychiatriques proportionnels aux besoins des patients qui s'appuient en premier lieu sur la médecine de premier recours, avec un soutien des spécialistes, puis sur des soins ambulatoires et hospitaliers de psychiatrie générale et enfin, sur des services spécialisés tels que le case management intensif ou la réhabilitation psychosociale.⁹

ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION DANS L'URGENCE

Certaines études montrent qu'entre 29% et 70% des personnes présentes un jour donné dans une unité de soins psychiatriques aigus pourraient bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation.¹⁰ Plusieurs modèles de soins ont été développés pour limiter le recours aux lits psychiatriques et pour réserver l'accès à ces derniers aux patients qui en ont le plus besoin.

Équipes d'intervention de crise ou *Crisis resolution team*

Des équipes mobiles d'intervention de crise ont été développées dans plusieurs pays d'Europe.^{11,12} Leur rôle est d'intervenir dans l'urgence, à domicile, sur une durée limitée de quelques jours à quelques semaines afin de résoudre une crise. Ces équipes, surtout lorsqu'elles opèrent 24 heures sur 24 et qu'elles intègrent un psychiatre, diminuent de 10% à 23% le recours à l'hospitalisation chez des personnes en crise suicidaire, souffrant de dépression ou de troubles anxieux.¹³ Elles ne constituent pas systématiquement une alternative pour les troubles psychotiques et les abus de substances qui sont référés à d'autres services de santé mentale.¹⁴

Services d'urgences crises

Des services d'urgences-crisis psychiatriques ont été largement développés, en général à proximité des urgences somatiques en hôpital général. Dans l'urgence, l'évaluation du danger, la

coopération de la personne et le soutien du réseau déterminent la nécessité d'une hospitalisation. Les suivis de crise concernent surtout les patients suicidaires et souffrants de dépression. Les personnes avec des troubles mentaux sévères tels que schizophrénie ou trouble bipolaire, risques d'agression ou de lésions auto-infligées, hallucinations et délires, ou avec des problèmes sociaux, occupationnels ou de logement sont les plus susceptibles d'être hospitalisés, particulièrement si le service d'urgences-crisis est localisé à l'hôpital psychiatrique et si l'équipe n'est pas mobile.¹⁵

Hospitalisations de jour

L'hospitalisation de jour pourrait être une alternative pour 23 à 37% des personnes admises pour une hospitalisation à plein temps avec des coûts inférieurs de 21 à 37%.¹⁶ Néanmoins, moins de 15% des places en hôpital de jour sont utilisées dans cette optique. Y recourir comme alternative à l'hospitalisation pour les troubles aigus et psychotiques nécessite d'attribuer les missions de réhabilitations à d'autres structures et de vaincre les résistances des professionnels.¹⁷

Maisons de crises

Les maisons de crises sont des structures résidentielles communautaires non médicalisées qui proposent des séjours d'urgence pour les personnes souffrant de troubles psychiques décompensés. Elles peuvent être une alternative à l'hospitalisation, avec un résultat comparable et un coût nettement moindre.¹⁸ Certaines études suggèrent que ces maisons de crises sont plus efficaces après une brève hospitalisation qui permet d'amorcer la prise en charge dans un environnement sécurisé et la mise en place d'un traitement médicamenteux efficace.¹⁹

ALTERNATIVES POUR RÉDUIRE LA DURÉE DES SÉJOURS

La durée moyenne des hospitalisations psychiatriques est passée de plus de 50 jours dans les années 70 à moins de trois semaines aujourd'hui. Les pratiques hospitalières doivent s'adapter à ce changement: connexions avec le réseau ambulatoire dès l'admission, mobilisation rapide des ressources du patient, définition d'objectifs allant au-delà du séjour hospitalier.⁷ De plus, les équipes hospitalières doivent faire face à

une proportion augmentée de patients en phase aiguë, parfois peu coopérants, sous mesure de contrainte, cumulant les problèmes sanitaires et sociaux et pour lesquels aucune autre alternative n'a été trouvée.²⁰

Accès aux structures intermédiaires d'hébergement

Dès les années 60, la fermeture progressive des asiles a conduit au développement de nombreuses structures d'hébergement de plus petite taille, mieux intégrées dans la communauté et capables d'accueillir des personnes de manière durable. Ce changement a bénéficié à la plupart des personnes concernées. 80% d'entre elles sont restées dans ces structures, en appréciant une liberté croissante et en évoluant favorablement tant sur le plan sanitaire que social.³ Le nombre de sans-abris, d'emprisonnement ou de suicides est resté très faible, voire inexistant dans la majorité des études sur ces transferts.²¹ Les structures intermédiaires ont aujourd'hui des missions variées de maintien, d'engagement dans les soins, de réhabilitation et de transition.²²

PRÉVENTION DES RÉADMISSIONS

Avoir été hospitalisé en psychiatrie constitue le plus important facteur de réadmission. Environ la moitié des hospitalisations psychiatriques concernent des personnes qui ont déjà été hospitalisées auparavant. 5% de hauts utilisateurs de soins psychiatriques occupent un tiers des journées d'hospitalisations annuelles (P. Golay, communication personnelle). La recherche anticipée d'alternatives à l'hospitalisation et le suivi des hauts utilisateurs de soins sont donc essentiels.

Plan de crise conjoint

Le plan de crise conjoint est la forme la mieux étudiée des déclarations anticipées.²³ Il consiste à examiner de manière systématique et par écrit avec la personne concernée et son entourage, les facteurs de stress, les signes précoces de rechute, les stratégies personnelles et celles développées avec l'entourage pour y faire face, l'adaptation des soins et autres mesures à mettre en place à ce moment-là.

Réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale orientée vers le travail peut avoir un effet conséquent sur la diminution du nombre de jours passés à l'hôpital de personnes souffrant de troubles sévères et persistants.²⁴ Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène: sentiment d'être utile, volonté de rester en bonne santé pour accomplir ses buts, meilleure observance du traitement, détection précoce des rechutes dans un environnement attentif et résultat de la remédiation cognitive liée à l'activité.

Articulation avec le réseau

Les alternatives à l'hospitalisation ne peuvent être envisagées que dans une perspective systémique impliquant tous les acteurs du réseau: patients, proches, soins de premiers recours, services sociaux et justices pénale et civile. Même dans les pays occidentaux à hauts revenus, les médecins de premier

recours suivent la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques, quelle que soit la gravité du trouble. La coopération entre eux et les psychiatres est essentielle pour accroître leur capacité à traiter les personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études spécifiques sur le rôle des médecins de premier recours comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique. Néanmoins, les modèles de soins collaboratifs jugés efficaces incluent une activité de consultation – liaison dans une relation durable entre un psychiatre et un groupe d'une dizaine de médecins généralistes, l'appui de case managers pour l'accompagnement de certains patients dans l'engagement et le suivi du traitement, la possibilité pour le médecin de premier recours de transférer rapidement les situations complexes vers une consultation psychiatrique ambulatoire et réciproquement d'assurer le suivi des situations stabilisées.²⁵

Case management de transition

Le retour à domicile après un séjour en hôpital psychiatrique est une période critique marquée par un risque d'insatisfaction dans le réseau ambulatoire, de discontinuité du suivi, de rechute et de suicide.^{26,27} Le case management de transition est un exemple d'intervention qui favorise la continuité des soins et le maintien des acquis à la sortie de l'hôpital.^{28,29} Un case manager intervient dès l'admission pour évaluer les besoins et les attentes du patient, mettre en place le réseau ambulatoire et élaborer le plan de crise conjoint. Le suivi se poursuit à domicile durant le mois qui suit l'hospitalisation, afin d'aider à la gestion de la « crise du retour à domicile » et pour s'assurer du fonctionnement du réseau ambulatoire.

SUIVI DES HAUTS UTILISATEURS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Suite à la désinstitutionnalisation, certains patients ont développé une nouvelle forme de chronicité, caractérisée par des difficultés à s'engager dans les soins, des réhospitalisations fréquentes et des complications sur les plans psychique, physique et social.³⁰ Pour cette population, deux interventions ont montré leur efficacité: le suivi intensif dans le milieu ou *assertive community treatment* (ACT) et le « chez soi d'abord »³¹ ou *housing first*. En revanche, les traitements contraints dans la communauté (*community treatment orders*) restent controversés et n'ont pas démontré leur utilité.

Suivi intensif dans le milieu ou ACT

L'ACT est destiné aux personnes difficiles à engager dans les soins et/ou hautes utilisatrices de soins psychiatriques.³² Le modèle originel a été développé dans les années 70.³³ Les principes essentiels sont: une équipe multidisciplinaire, un nombre de patients limités à 10 à 20 par intervenant, plus de 90% d'interventions dans la communauté, jusqu'à deux fois par jour si nécessaire, une disponibilité 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, une intervention non limitée dans le temps. Ce modèle a ensuite été décliné sous plusieurs formes et adapté aux systèmes de santé et à des groupes de patients complexes différents sous l'appellation de case management intensif.^{32,34,35} Ces nouvelles approches, notamment le Flexible ACT

(FACT), améliorent le rapport coût-efficacité du modèle original.³⁶

Chez soi d'abord ou *housing first*

Le *housing first* a été développé à New York dans les années 90 pour favoriser le rétablissement de personnes sans abri souffrant de troubles psychiques et d'abus de substances.³⁷ Le modèle s'est ensuite répandu mondialement, notamment en Europe et en France.³⁸ Il promeut l'accès direct au logement individuel avec le seul soutien d'un case manager, même pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, sans devoir au préalable passer par une hospitalisation et/ou un hébergement en structure protégée telle qu'un foyer ou un EMS. Très efficace pour l'accès et le maintien en logement des sans-abris, le *housing first* favorise également le rétablissement des troubles psychiques, la réduction des consommations d'alcool et l'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement social.³⁸⁻⁴⁰

Traitements contraints dans la communauté ou *community treatment orders* (CTO)

Le CTO a été développé comme une alternative moins contraignante à l'hospitalisation non volontaire pour des personnes difficiles à engager dans les soins. Il peut comporter des obligations qui vont de rencontres régulières avec des professionnels à la prise d'une médication. Outre les difficultés pratiques et les problèmes éthiques soulevés, le CTO n'a pas démontré d'avantage par rapport à des soins communautaires bien conduits, s'agissant du recours aux soins d'urgence et aux réadmissions, à l'état de santé, au fonctionnement social, à la qualité de vie et à la satisfaction avec les soins.⁴¹ Seule la victimisation des personnes astreintes à ces mesures semble diminuer.

CONCLUSION

De nombreuses alternatives à l'hospitalisation psychiatrique basées sur des preuves scientifiques existent. Toutes ne s'appliquent pas à chaque patient. Néanmoins, 20 à 60% des personnes séjournant à l'hôpital pourraient en bénéficier si elles étaient immédiatement disponibles et accessibles.¹⁰ Pour éviter une augmentation du nombre des hospitalisations sous contrainte, voir des détentions de personnes souffrant de troubles psychiques, la désinstitutionnalisation doit s'accompagner du développement de ces alternatives. L'augmentation des ressources qu'on y investit est associée à une diminution de la durée moyenne des séjours en milieu psychiatrique.⁴²

A l'heure actuelle, les professionnels impliqués dans la santé mentale doivent composer avec leur devoir de protection et de bienfaisance à l'égard des patients tout en cherchant à renforcer l'autonomie et à répondre aux ambitions personnelles de ces derniers. L'hospitalisation ne représente aujourd'hui qu'un moment bref de la vie de certaines personnes souffrant de troubles psychiques. L'attitude de la société à l'égard de la psychiatrie est déterminante pour le maintien dans la communauté des personnes souffrant de troubles psychiques sévères. La méconnaissance, les préjugés, la discrimination et la stigmatisation doivent être surmontés. La vision de l'hôpital comme étant un lieu de gestion des risques par la contrainte et de rétablissement au long cours doit être fermement combattue au profit d'un système de santé équilibré qui privilégie la participation de tous les acteurs du réseau et la continuité des soins.

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

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

- Une recherche de littérature sur PubMed a été réalisée le 28 juillet 2017 avec les mots clés suivants: «alternative»[All Fields] AND («hospitals»[MeSH Terms] OR «hospitals»[All Fields] OR «hospital»[All Fields]) AND («therapy»[Subheading] OR «therapy»[All Fields] OR «treatment»[All Fields] OR «therapeutics»[MeSH Terms] OR «therapeutics»[All Fields]) AND («mental health»[MeSH Terms] OR («mental»[All Fields] AND «health»[All Fields]) OR «mental health»[All Fields]). Cette recherche a trouvé 926 articles, dont 147 ont été sélectionnés sur la base du titre. Sur la base du résumé et de la disponibilité des articles, 58 d'entre eux ont été lus en texte intégral. D'autres articles ont été extraits de la bibliographie de ces derniers ou recherchés sur les sujets spécifiques tels que les interventions de crise, les équipes mobiles ou les ordonnances de traitement dans la communauté.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La place des personnes souffrant de troubles psychiques même sévères se trouve actuellement dans la communauté et non plus à l'hôpital psychiatrique
- Dans la majorité des situations, même en cas d'urgence ou de troubles psychiques sévères, des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique existent
- Favoriser le développement d'alternatives à l'hospitalisation nécessite l'engagement de tous: patients, proches, professionnels, politiciens et financeurs

1 Medeiros H, McDaid D, Knapp M. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. London: MHEEN network, 2008.
2 *Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les Editions de Minuit 1968;p.447.
3 Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project. 22: a five-year follow-up of long-stay psychiatric

patients discharged to the community. Br J Psychiatry Suppl 1994;13-7.

4 Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. Psychiatr Serv 2001;52:1039-45.

5 Provencher H. L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. Sante Ment Que 2002;27:35-64.

6 Bonsack C. La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de santé mentale. Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother 2016;167:172-6.

7 Bonsack C, Conus P, Delacrausaz P, Borgeat F. Un modèle de soins adapté aux hospitalisations psychiatriques brèves. Rev Med Suisse Romande 2001;121:677-81.

8 Steinert T. Ethics of coercive treatment and misuse of psychiatry. Psychiatr Serv 2017;68:291-4.

9 **Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. Psychol Med 2013;43:849-63.

10 Lesage AD, Bonsack C, Clerc D, et al. Alternatives to acute hospital psychiatric

care in east-end Montreal. Can J Psychiatry 2002;47:49-55.

11 Kannas S, Robin M, Pochard F, et al. ERIC, ou la mobilité comme forme d'alternative à l'hospitalisation psychiatrique. In: De Clercq M, Lamarre S, Vergouwen H, editors. Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale. Paris: Masson, 1998.

12 *Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S, Salyte-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in

- Norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2013;13:117.
- 13 Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-5.
- 14 Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S, Ruud T. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry* 2011;11:183.
- 15 Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36:504-8.
- 16 Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3):CD003240.
- 17 Mbaya P, Creed F, Tomenson B. The different uses of day hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:283-7.
- 18 Hawthorne WB, Green EE, Gilmer T, et al. A randomized trial of short-term acute residential treatment for veterans. *Psychiatr Serv* 2005;56:1379-86.
- 19 Goodwin R, Lyons JS. An emergency housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:92-5.
- 20 Cotton MA, Johnson S, Bindman J, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007;7:52.
- 21 Winkler P, Barrett B, McCrone P, et al. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016;208:421-8.
- 22 Bonsack C, Besse C, Hainard N. Nomenclature et catégories d'hébergement psychiatrique: revue de littérature et analyse de terrain. Lausanne: Département de psychiatrie du CHUV, 2012.
- 23 Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv* 2008;59:63-71.
- 24 Jaeger J, Berns S, Douglas E, et al. Community-based vocational rehabilitation: effectiveness and cost impact of a proposed program model. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:452-61.
- 25 Bonsack C, Decrey-Wick H, Conus C. Collaboration entre médecin de famille et psychiatre pour les problèmes de santé mentale. *Rev Med Suisse* 2014;10:1715-8.
- 26 Bonsack C, Pfister T, Conus P. Quelle insertion dans les soins après une première hospitalisation pour un épisode psychotique? Lausanne: Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, 2002.
- 27 Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:427-32.
- 28 Bonsack C, Gibellini S, Ferrari P, et al. Le case management de transition: description d'une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2009;160:246-52.
- 29 Bonsack C, Golay P, Gibellini Manetti S, et al. Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: comparison between transitional case management setting and routine care for common mental disorders. *Front Psychiatry* 2016;7:96.
- 30 Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *Br J Psychiatry* 1996;169:139-47.
- 31 Garcia Gonzalez De Ara C, Morandi S, Lippuner M, et al. «Chez soi d'abord»: se rétablir chez soi d'un trouble psychique sévère. *Rev Med Suisse* 2017;13:1605-9.
- 32 Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Can J Psychiatry* 2005;50:845-50.
- 33 Stein LI, Test MA, Marx AJ. Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1975;132:517-22.
- 34 * Morandi S, Silva B, Golay P, Bonsack C. Intensive case management for addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12:26.
- 35 Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J* 2007;43:421-33.
- 36 Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, et al. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:997-1003.
- 37 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.
- 38 Tinland A, Fortanier C, Girard V, et al. Evaluation of the housing first program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013;14:309.
- 39 * Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, et al. A Multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2016;67:275-81.
- 40 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.
- 41 Kisely S, Campbell L. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(12):CD004408.
- 42 Gandre C, Gervais J, Thillard J, et al. The development of psychiatric services providing an alternative to full-time hospitalization is associated with shorter length of stay in French public psychiatry. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14.

* à lire

** à lire absolument