

## Disposer d'un logement constitue une phase très importante dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux

# Stigmatisation et logement

Carla Garcia-Gonzalez de Ara, Charles Bonsack

Service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie du CHUV, Site de Cery, Prilly, Suisse

### Summary

#### Stigma and housing

Stigma and discriminatory attitudes towards people with severe psychiatric disorders exists since the beginning of humanity. Fear of differences and unknown, added to a lack of knowledge about psychiatric disorders play an important role in discrimination of "madness" in our societies. Housing is a basic civil right; it is essential to the construction of identity, and for being part of a society. In addition, it is a basic need in the process of psychological recovery. The absence, loss or instable housing contributes to increase mental illness-related symptoms and has as a consequence marginalisation, social exclusion and institutionalisation. In this article, we review various studies on stigma related to housing. Finally, we outline a systemic vision of psychiatric accommodation for a catchment area, in order to organise the global supply from a recovery perspective. Thus, psychiatric accommodation should offer five different missions according to the needs of the patients: (1.) a basic mission, comparable to the support of caring family members, (2.) a maintenance mission, for people with a persistent loss of autonomy, (3.) a mission of rehabilitation, to help people to recover autonomy (4.) a mission of engagement for revolving door and homeless patients and (5.) a mission of transition to access individual accommodation with the support of intensive case management. This global perspective offers a balanced and non-stigmatising organisation of psychiatric accommodation, and intends to reconcile continuum and "housing first" models of care.

Key words: housing; mental health disorders; stigma; exclusion; mental illness; homelessness

#### Stigmatisation: définition, types et modèles explicatifs

«Le terme *stigmatisation* est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination» [1].

Dans l'histoire du concept de stigmatisation liée à la maladie mentale nous trouvons les travaux de deux

sociologues célèbres: Scheff, 1966 [2] et Goffman, 1963 [3]. Scheff, à travers sa *théorie de l'étiquetage*, affirme que l'étiquetage des comportements d'une personne de «maladie mentale» provoque des stéréotypes négatifs (notamment la dangerosité), qui aboutissent au rejet social. Goffman, de son côté, affirme que des conditions comme la maladie mentale sont fortement stigmatisées, et conduisent à discréditer les personnes qui en sont porteuses. Il soutient que la stigmatisation aboutit à considérer les personnes stigmatisées comme «pas complètement humaines», à les discriminer et à limiter leurs droits fondamentaux.

Dans la littérature, nous trouvons deux types de stigmatisation, la *stigmatisation publique* et l'*auto-stigmatisation*. Le premier fait référence aux différentes manières dont la population générale stigmatise les personnes atteintes d'une maladie mentale; le deuxième consiste en la perte de l'estime de soi et des compétences personnelles résultant de l'internalisation de la stigmatisation publique [4–7].

La stigmatisation publique est constituée de trois éléments: les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. Les stéréotypes sont des croyances maintenues par une collectivité sur les membres d'un groupe social (ex. les malades mentaux). De tels stéréotypes incluent les croyances que ces personnes sont dangereuses, responsables de leur maladie, et par conséquent fautives [4, 8–10]. Les préjugés soutiennent les stéréotypes négatifs («C'est vrai, toutes les personnes avec une maladie mentale sont violentes») et *génèrent des réactions émotionnelles négatives* («Toutes ces personnes me font peur») [4, 11–13]. La discrimination est une réponse comportementale négative basée sur des préjugés envers une minorité sociale capable de causer du mal aux membres de cette minorité [4]. La discrimination liée à la maladie mentale peut prendre différentes formes: contrainte, ségrégation, comportements hostiles, refus d'aide, évitement. De nombreuses recherches montrent que l'évitement constitue une forme «passive» très répandue de discrimination: la plupart des gens sont moins motivés pour engager, offrir un travail, louer un appartement ou vivre à proximité de personnes souffrant d'une maladie mentale [14–20].

Dans la compréhension globale de la stigmatisation et la maladie mentale, Corrigan, 2004, [21] souligne l'importance de différencier deux niveaux de discrimination: *individuelle* et *structurelle*. La discrimination individuelle est l'attitude directe vis-à-vis de la personne discriminée: refus de louer un logement ou de souscrire une assurance. Elle est la cible principale des campagnes anti-stigmatisation. La discrimination structurelle est plus subtile et invisible: la personne est indirectement discriminée par des lois, l'accès à des services, à des assurances ou à un réseau social.

Dans l'explication de la relation entre attitudes stigmatisantes et comportements discriminatoires, la Théorie de l'attribution (Attribution Theory) de Weiner, 1995 [22] occupe une place importante. Selon cette théorie, les comportements sont déterminés par un processus cognitivo-émotionnel; Les personnes font des attributions sur la cause et la façon de contrôler la maladie mentale. Ces attributions mènent à des *déductions sur la responsabilité de l'individu* dans sa maladie et provoquent alors des réactions émotionnelles de colère ou de pitié. Ces réactions émotionnelles, à leur tour, poussent à des comportements de punition ou d'aide. En accord avec la théorie de l'attribution, Martin et al. [23] ont montré que le niveau de distance sociale envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale serait plus importante lorsqu'on attribue la faute de la maladie à *la personne plutôt qu'à une cause externe*.

### Perception de la stigmatisation et solutions proposées

Nombreuses sont les recherches qui ont mis en évidence la stigmatisation (publique et auto-stigmatisation) et la discrimination vécues par les personnes souffrant de maladie mentale [14–20, 23–32]. Environ 80% des personnes ayant une maladie mentale ont rapporté avoir eu une expérience stigmatisante et 70% ont exprimé avoir été traitées comme moins compétentes une fois leur maladie connue [16]. Les domaines dans lesquels cette discrimination s'avère plus importante sont le travail, le logement et les interactions avec la police [32]. Les personnes souffrant de problèmes mentaux ont, à leur tour, développé des stratégies de lutte contre la discrimination. Dans l'étude réalisée par Corrigan et al. [33] les stratégies les plus fréquemment utilisées sont: mener une action légale (procès, médiation, utilisation d'un groupe gouvernemental), chercher ailleurs un autre travail ou un autre appartement, raconter à un ami ou recueillir des preuves.

### Stigmatisation et discrimination pour l'accès au logement

Disposer d'un logement est un droit fondamental de l'individu et constitue une phase très importante dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux. Le modèle du rétablissement, développé par les usagers, défend en effet leur droit à vivre une vie pleine et entière dans la société, centré sur des valeurs d'autonomie, d'autodétermination et de connexions sociales. Le logement facilite l'intégration dans la communauté, diminue la marginalisation et favorise l'adhésion aux soins. Pendant longtemps, la société a restreint les choix de personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, les croyants incapables de faire des choix dans les situations qui affectent leurs vies [34]. L'apparition des groupes d'entraide et les mouvements des usagers des services de santé mentale a souligné l'importance, pour les personnes atteintes des troubles mentaux, de défendre leur autodétermination, soit le pouvoir de choisir [35]. L'émergence de la réhabilitation psychosociale a concentré son attention sur l'importance du choix de l'usager dans le processus de rétablissement. Notamment, on a observé une relation positive entre la possibilité de choisir un logement et l'intégration communautaire à long terme, en augmentant la satisfaction et la stabilité dans le logement et le bien-être psychosocial [36]. Les difficultés principales exprimées par les usagers en lien avec la satisfaction dans le logement sont un manque d'hébergement approprié et abordable économiquement, des conditions de logement inacceptables et les contraintes financières [37]. Malgré la place importante qu'occupe le logement dans le bien-être psychosocial de l'individu et dans son processus de rétablissement psychique, une stigmatisation et une discrimination importantes persistent dans ce domaine, envers les personnes souffrant de troubles mentaux, qui génèrent des difficultés pour l'accès à un logement indépendant [16, 17, 19, 38].

Dans les attitudes discriminatoires envers l'hébergement dans la communauté des personnes souffrant de troubles psychiques, le phénomène «*not in my back yard*» (*NIMBY*) ou «*pas dans ma cour*» occupe une place importante aux Etats-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne. Ce phénomène consiste en une opposition active de la communauté à ce que des personnes désinstitutionnalisées viennent habiter leur quartier. Les raisons principales d'une telle opposition, relevées dans différentes études sont [39–44]:

- insécurité personnelle et peur face à de possibles comportements antisociaux des usagers de services psychiatriques;
- baisse de la valeur des propriétés;
- impact négatif sur la qualité de vie et l'accessibilité des ressources communautaires;
- scepticisme dans l'intégration sociale de patients désinstitutionnalisés;
- se sentir victime des décisions de l'Etat;
- perte de contrôle sur leur environnement;
- violation de leurs droits humains, puisqu'ils n'ont été ni consultés ni informés avant l'arrivée de l'institution

Les principales stratégies d'opposition sont une pétition circulant de porte en porte et une rencontre d'information publique au cours de laquelle les résidents rejettent l'implantation d'un hébergement psychiatrique [43]. Cette opposition communautaire est indépendante des caractéristiques sociodémographiques des habitants des quartiers [44]. L'opposition communautaire peut avoir des conséquences sérieuses sur les organisations impliquées dans l'implantation de services psychiatriques communautaires, et aboutir à la rétractation ou la fermeture d'un projet, ainsi que sur le bien-être et l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui utilisent les services. Une notification préalable aux habitants du quartier ne semblerait pas toujours avoir un effet positif sur les relations à long terme avec la communauté [44].

Afin de pallier la problématique de logement (difficultés d'accès, perte ou difficultés à maintenir un logement privé) que rencontrent les personnes souffrant de problèmes psychiatriques sévères et, ainsi, diminuer les conséquences négatives qui en découlent (interruption de traitement, aggravation des symptômes psychiques, intensification des comportements dérangeants, institutionnalisation, marginalisation et exclusion sociale), le modèle «*Housing First*» ou «*Chez soi d'abord*» a été développé avec succès dans différents pays comme les Etats-Unis, le Canada et la France. Ce modèle a pour but de faciliter l'accès direct à un logement individuel pour des sans-abri souffrant des graves problèmes de santé mentale. Ce modèle défend la notion de «logement thérapeutique», représentant ainsi une part très importante dans l'engagement thérapeutique du patient et, par conséquent, dans son implication dans le processus de rétablissement. *Housing First* [45], fondé sur une culture orientée vers le rétablissement, met le choix du patient au centre de toutes les considérations en ce qui concerne la fourniture de services de logement et de soutien. Il fonctionne

sur le principe que tous les sans-abri souffrant de maladie mentale devraient avoir la possibilité de vivre dans des logements permanents de divers types accessibles par ailleurs aux personnes sans troubles psychiatriques. De cette manière, les sans-domiciles souffrant de troubles mentaux sévères et de problèmes d'addiction se voient proposer, indépendamment de leur état clinique, de leur compliance médicamenteuse ou de leur consommation de toxiques, un accès immédiat à un logement individuel, avec comme seule condition d'accepter un suivi intensif à domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire. Les études faites sur *Housing First* ont relevé d'excellents résultats quant à la possibilité de personnes présentant de graves problèmes de santé mentale et de dépendance à garder un logement individuel si un accompagnement communautaire intensif est présent, avec un taux de maintien en logement de 84,2% en trois ans [45–54].

*Housing First* va à l'encontre du modèle «*continuum de soins*» utilisé actuellement dans de nombreux pays occidentaux comme la Suisse. Le «*continuum de soins*» exige de la personne de passer des étapes de foyers pour acquérir les compétences à occuper un logement individuel. Cette approche s'appuie sur la croyance que les individus avec des troubles psychiatriques sévères ne peuvent pas se maintenir dans un logement indépendant avant d'arriver à une stabilité psychique et à l'absence de symptômes. Cette approche considère également que les compétences dont une personne a besoin pour un logement indépendant doivent être apprises à travers le passage progressif par différents hébergements collectifs. Le passage d'un hébergement à un autre dans ce continuum dépend de la stabilité psychique du patient, de la prise correcte de sa médication, d'une abstinence aux toxiques et de l'apprentissage des compétences pour une vie autonome. Néanmoins, la recherche en réhabilitation psychiatrique montre qu'il est très difficile de transposer des compétences acquises d'une situation «d'entraînement» à une situation réelle: le lieu le plus efficace pour apprendre à un individu les habilités nécessaires est la situation réelle elle-même [55]. La perception des usagers sur ce continuum de soins offre une perspective divergente. Les usagers vivent ce continuum comme une série d'obstacles qu'ils n'arrivent pas ou ne souhaitent pas dépasser. Beaucoup d'entre eux considèrent l'hébergement individuel comme un besoin immédiat, dont l'accès leur est bloqué par des exigences dont ils ne voient pas le sens. Le modèle du continuum de soins heurte ainsi les priorités de certains usagers et en restreint l'accès aux personnes qui n'arrivent pas à suivre le programme établi en raison de leurs troubles

ou montrent des réticences ou des difficultés à le respecter [46].

### La nécessité d'une vision systémique de l'hébergement psychiatrique

Le mouvement de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques a conduit à la création d'une multitude de structures résidentielles pour remplacer l'asile. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont plus hébergées dans une «institution totale» de grande dimension, mais dans une multiplicité de structures plus petites, plus proches de la communauté et offrant une gamme plus variée de services et de densité de soins [56]. Par exemple, dans le canton de Vaud, l'hôpital psychiatrique de Cery est passé de 800 lits asilaires dans les années 1950 à 107 lits de soins aigus en 2006, parallèlement au développement de 44 établissements destinés à l'hébergement collectif de patients psychiatriques adultes dans l'ensemble du canton [57]. Pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population souffrant de troubles de santé mentale en matière de logement, un projet cantonal vise à coordonner la filière d'hébergement psychiatrique. La filière d'hébergement partagera, comme cadre principal de valeurs, le modèle du rétablissement, centré sur la perspective de l'usager, et qui promeut l'espoir, l'autodétermination et la connexion à l'environnement. Se basant sur ce modèle, les établissements d'hébergement psychiatrique seront organisés selon cinq missions principales [58]:

1. Mission de base de logement et de soutien comparable à celui offert par des proches bienveillants;
2. mission de protection et de maintien pour les personnes avec un handicap sévère et durable sans perspective de changement à court terme;
3. mission d'engagement pour les hauts utilisateurs de soins psychiatriques ou avec antécédents de sans-abri;
4. mission de réhabilitation pour les personnes à fort potentiel de réhabilitation et/ou désireuses de recouvrer une autonomie en domicile privé;
5. mission de transition pour accompagner les personnes vers l'autonomie en domicile privé;

Pour mieux accompagner les usagers de l'hôpital psychiatrique dans l'étape critique que constitue la sortie de l'hôpital vers un logement (individuel ou collectif), le modèle de *case management clinique de transition* a été développé à Lausanne depuis 2007 [59]. Le concept de *case management clinique* est d'abord apparu aux Etats-Unis dans la nécessité de coordonner les soins psychiatriques lors de leur déplacement de l'asile vers la communauté [60]. Le

*case management clinique* sert alors comme point de coordination des soins dans des situations complexes qui demandent l'intervention de plusieurs intervenants [61]. Les objectifs du *case management de transition* sont, d'une part, de diminuer les risques dans la période critique de la sortie de l'hôpital (aggravation des symptômes, réadmission, perte de domicile ou d'emploi, consommation de substances ou suicide) et, d'autre part, d'assurer la connexion à un réseau de soins dans la communauté. Suivant ce même modèle, un *case management clinique* centré sur la coordination entre hôpital et lieu d'hébergement a également été développé. Le rôle des intervenants est d'identifier les patients dont la transition vers un lieu d'hébergement risque d'être problématique, et de renforcer cette transition et accompagner ces patients dans leurs lieux de vie, par différents moyens:

- Evaluation systématique des besoins de la personne et du réseau;
- liaison et soutien au réseau;
- rédaction avec le patient et les intervenants d'un plan de crise conjoint qui définit les stratégies à adopter en cas de détérioration de la situation avec les proches, les intervenants ambulatoires, ainsi que les urgences ou l'hôpital

Le *case management de transition* vers l'hébergement s'ouvre à la fois à des transitions vers un hébergement dans le modèle du continuum de soins, mais aussi à une transition directe à un appartement indépendant comme dans le modèle du *housing first*.

### Discussion et conclusion

Le logement constitue un droit civil élémentaire de tout individu. Il est indispensable dans la construction de l'identité sociale d'une personne comme membre d'une société à part entière et il représente un élément fondamental comme préalable au processus de rétablissement psychique. La peur face aux différences et à l'inconnu, ajoutée au manque de connaissance des maladies psychiatriques jouent un rôle important dans la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux dans nos sociétés, menant à une discrimination, notamment face au logement. L'absence, la perte ou l'instabilité du logement contribuent à l'aggravation des symptômes liés à la maladie mentale, avec comme conséquence la marginalisation, l'exclusion sociale et l'institutionnalisation. La plupart des usagers et leurs proches préfèrent le logement individuel à un hébergement collectif. Certains ont des troubles du comportement ou une consommation active de substances qui

rendent impossible un hébergement communautaire, se retrouvant bloqués dans des institutions hospitalières ou sans-domicile. Le modèle *Housing First* a été développé avec succès dans différents pays pour donner un accès direct à un logement individuel aux personnes sans-abri souffrant de troubles mentaux sévères, sans passer au préalable par le système classique d'hébergement psychiatrique collectif. Une riche littérature existe sur les différents essais de *Housing First* tentés dans plusieurs pays et ses résultats positifs ont été documentés à différents niveaux (amélioration de la santé psychique, augmentation de l'intégration communautaire, favorisation de processus du rétablissement, diminution des hospitalisations, relation coût bénéfices positive pour la santé publique). Ce modèle devrait être développé plus systématiquement en Suisse, en complément aux autres alternatives, dans une perspective globale qui va de l'hôpital au logement individuel, en passant par l'hébergement collectif.

#### Financement / conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

#### Références

- Giordana JY. Stigmatisation en psychiatrie et santé mentale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 241.
- Scheff TJ. Being Mentally ill: A Sociological Theory. Chicago, IL: Aldine Publications; 1966.
- Goffman E. Stigmaté. Paris: Editions de Minuit; 1963 (1975 pour la traduction française). p. 175.
- Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003;44(2):162-79. Epub 2003/07/18. PubMed PMID: 12866388.
- Corrigan P, Watson AC. The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9:35-53.
- Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000;7(1):pp. doi: 10.1093/clipsy/7.1.48. PubMed PMID: 2000-13942-004.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54(9):765-76. Epub 1999/10/08. PubMed PMID: 10510666.
- Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry*. 1993;162:93-9. PubMed PMID: 8425146.
- Link BG, Monahan J, Stueve A, Cullen FT. Real in their consequences: A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *Apr* 1999. *Am Sociol Rev*. 1999;64(2):pp. doi: 10.2307/2657535. PubMed PMID: 1999-13594-012.
- Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American J Public Health*. 1999;89(9):pp. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1339 10474550. PubMed PMID: 2001-17668-004.
- Devine PG. Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(1):pp. doi: 10.1037/0022-3514.56.1.5. PubMed PMID: 1989-15262-001.
- Hilton JL, von Hippel W. Stereotypes. *Ann Rev Psychol*. 1996;47:237-71. doi: 10.1146/annurev.psych.47.1.237 15012482. PubMed PMID: 1996-01735-009.
- Krueger J. Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(3):pp. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.536. PubMed PMID: 1996-01799-009.
- Aviram U, Segal SP. Exclusion of the mentally ill. Reflection on an old problem in a new context. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;29(1):126-31. PubMed PMID: 4711130.
- Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev*. 1987;52(1):pp. doi: 10.2307/2095395. PubMed PMID: 1988-14042-001.
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):pp. PubMed PMID: 1999-03984-006.
- Page S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Can J Behav Sci*. 1977;9(2):pp. doi: 10.1037/h0081623. PubMed PMID: 1978-03540-001.
- Page S. Effects of the mental illness label in 1993: acceptance and rejection in the community. *Soc Policy*. 1995;7(2):61-8. Epub 1994/12/09. PubMed PMID: 10154511.
- Segal SP, Baumohl J, Moyles EW. Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: A paradox of intensity. *J of Health Soc Behav*. 1980;21(4):pp. doi: 10.2307/2136411 7204928. PubMed PMID: 1981-30993-001.
- Webber A, Orcutt JD. Employers' reactions to racial and psychiatric stigmata: A field experiment. *Deviant Behav*. 1984;5(1-4):pp. doi: 10.1080/01639625.1984.9967649. PubMed PMID: 1985-23953-001.
- Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):481-91. Epub 2005/01/06. PubMed PMID: 15631241.
- Weiner B. Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct. New York: Guilford Press; 1995.
- Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of «disturbing behavior,» labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2000;41(2):pp. doi: 10.2307/2676306. PubMed PMID: 2000-07947-006.
- Herman NJ. Return to sender: Reintegrative stigma-management strategies of ex-psychiatric patients. *J Contemp Ethnogr*. 1993;22(3):pp. doi: 10.1177/089124193022003002. PubMed PMID: 1994-11158-001.
- Mansouri L, Dowell DA. Perceptions of stigma among the long-term mentally ill. *Psychosoc Rehab J*. 1989;13(1):pp. doi: 10.1037/h0099511. PubMed PMID: 1990-01511-001.
- Link BG, Cullen FT, Struening EL, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54(3):pp. doi: 10.2307/2095613. PubMed PMID: 1989-40133-001.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. 1997;38(2):pp. doi: 10.2307/2955424 9212538. PubMed PMID: 1997-06418-005.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1621-6. Epub 2001/12/01. PubMed PMID: 11726753.
- Markowitz FE. Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *J Health Social Behav*. 2001;42(1):pp. doi: 10.2307/3090227 11357719. PubMed PMID: 2001-10005-002.
- Rosenfield S. Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev*. 1997;62(4):pp. doi: 10.2307/2657432. PubMed PMID: 1997-05707-010.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv*. 2001;52(12):1615-20.
- Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2003;54(8):1105-10. Epub 2003/07/29. PubMed PMID: 12883137.
- Corrigan PW, Larson JE, Watson AC, Boyle M, Barr L. Solutions to discrimination in work and housing identified by people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(9):716-8. Epub 2006/09/15. doi: 10.1097/01.nmd.0000235782.18977.de. PubMed PMID: 16971826.

- 34 Goffman E. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Editions de Minuit 1968. p. 447.
- 35 Zinman S. Self-help: The wave of the future. *Hosp Commun Psychiatry*. 1986;37(3):pp. PubMed PMID: 1987-10931-001.
- 36 Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Ment Health J*. 1995;31(2):pp. doi: 10.1007/BF02188763 7789122. PubMed PMID: 1995-36943-001.
- 37 Elliott SJ, Taylor SM, Keans RA. Housing satisfaction, preference and need among the chronically mentally disabled in Hamilton, Ontario. *Soc Sci Med*. 1990;30(1):pp. doi: 10.1016/0277-9536(2890%2990332-M. PubMed PMID: 1990-15499-001.
- 38 Page S. Psychiatric stigma: Two studies of behaviour when the chips are down. *Can J Commun Ment Health*. 1983;2(1):pp. PubMed PMID: 1984-23281-001.
- 39 Lubin RA, Schwartz AA, Zigman WB, Janicki MP. Community acceptance of residential programs for developmentally disabled persons. *Appl Res Ment Retard*. 1982;3(2):pp. doi: 10.1016/0270-3092(2882%2990008-X 6181736. PubMed PMID: 1982-31048-001.
- 40 Wiener D, Anderson RJ, Nietupski J. Impact of community-based residential facilities for mentally retarded adults on surrounding property values using realtor analysis methods. *Educ Train Ment Retard*. 1982;17(4):pp. PubMed PMID: 1983-11025-001.
- 41 Galster G, Tatian P, Santiago A, Pettit KLS, Smith RE. *Why not in my backyard?* New Brunswick, NJ: Center for Urban Policy Research, Rutgers, The State University of New Jersey; 2003.
- 42 Trute B, Segal SP. Census tract predictors and the social integration of sheltered care residents. *Social Psychiatry*. 1976;11(4):pp. PubMed PMID: 1977-08855-001.
- 43 Piat M. Les foyers de groupe et le phénomène « pas dans ma cour », c'est arrivé près de chez nous. *Etude pilote*. *Sante Ment Que*. 2004;29(1):151-72. Epub 2004/10/08. PubMed PMID: 15470571.
- 44 Zippay AL. Psychiatric residences: notification, NIMBY, and neighborhood relations. *Psychiatr Serv*. 2007;58(1):109-13. doi: 10.1176/appi.ps.58.1.109-a. PubMed PMID: 17215420.
- 45 Tsemberis S, Asmussen S. From streets to homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcohol Treat Q*. 1999;17(1-2):pp. doi: 10.1300/J020v17n01\_07. PubMed PMID: 1999-11350-007.
- 46 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(4):651-6. PubMed PMID: 15054020; PubMed Central PMCID: PMC1448313.
- 47 Goering PN, Streiner DL, Adair C, Aubry T, Barker J, Distasio J, et al. The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ open*. 2011;1(2):e000323. Epub 2011/11/22. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000323. PubMed PMID: 22102645; PubMed Central PMCID: PMC3221290.
- 48 Vidon G, Antoine J-M. De l'hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord ». *Inf Psychiatr*. 2013(89):233-40.
- 49 Srebnik D, Connor T, Sylla L. A pilot study of the impact of housing first-supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *Am J Public Health*. 2013;103(2):pp. doi: 10.2105/AJPH.2012.300867 23237150. PubMed PMID: 2013-10403-019.
- 50 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(3-4):pp. doi: 10.1007/s10464-005-8617-z 16389497. PubMed PMID: 2006-00970-003.
- 51 Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish CJ, Somers J. Housing first improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. *Am J Public Health*. 2013;103 Suppl 2:e30-6. doi: 10.2105/AJPH.2013.301628. PubMed PMID: 24148035; PubMed Central PMCID: PMC3969112.
- 52 Pearson C, Montgomery AE, Locke G. Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in Housing First programs. *J Community Psychol*. 2009;37(3):pp. doi: 10.1002/jcop.20303. PubMed PMID: 2009-04194-007.
- 53 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(1):pp. doi: 10.2105/AJPH.2011.300320 22390393. PubMed PMID: 2012-00571-009.
- 54 Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv*. 2000;51(4):487-93. PubMed PMID: 10737824.
- 55 Drake RE, Becker DR. The individual placement and support model of supported employment. *Psychiatr Serv*. 1996;47(5):473-5. Epub 1996/05/01. PubMed PMID: 8740486.
- 56 Shepherd G, Murray A. Residential Care. In: Thornicroft G, Szmuckler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 309-20.
- 57 Grasset F, Therianos D, Schneider S. *Evaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapeutique ou réhabilitative mis en oeuvre dans le canton de Vaud à l'intention des patients psychiatriques adultes*. Rapport final. Lausanne: Université de Lausanne, 2002.
- 58 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.
- 59 Bonsack C, Gibellini S, Ferrari P, Dorogi Y, Morgan C, Morandi S, et al. *Le case management de transition: description d'une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique*. SANP. 2009;160(6):246-52.
- 60 Stein LI, Test MA. Retraining hospital staff for work in a community program in Wisconsin. *Hosp Community Psychiatry*. 1976;27(4):266-8.
- 61 Gobet P. *Le case management en contexte: les bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif Lausanne*. Ed. EESP; 2012. p. 183.

## Correspondance:

Carla Garcia-Gonzalez de Ara  
Service de psychiatrie  
communautaire,  
département de psychiatrie  
du CHUV  
Site de Cery  
CH-1008 Prilly  
Suisse  
carla.garcia-gonzalez-de-  
ara[at]chuv.ch

Charles Bonsack  
Service de psychiatrie  
communautaire,  
département de psychiatrie  
du CHUV  
Site de Cery  
CH-1008 Prilly  
Suisse  
charles.bonsack[at]chuv.ch