

La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale

Charles Bonsack

Service de psychiatrie communautaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne

Summary

The role of community psychiatry in social inclusion of mental disorders

Since the 50s, a radical transformation has taken place in the mental health services of industrialised countries, with a massive reduction in the number of psychiatric beds. As a result, over 95% of individuals suffering from severe psychiatric disorders, such as schizophrenia, are living in the wider community. In this context, personal experiences of psychosocial rehabilitation have grown significantly with respect to medical healing models. Treatments no longer aim solely to eradicate symptoms, but are more geared towards allowing individuals access to a full life, determined according to each individual's choices, fully integrated into the community with a role to play in society. Several methods have already been developed with these aims in mind with evidence-based efficacy, such as assertive community treatment or supported employment programs. Initially focused on maintaining in the community those subjects who had previously been hospitalised for a long time, these methods then evolved to overcome obstacles to these individuals becoming fully-fledged citizens, such as securing employment or housing.

Today these methods have reached a certain technological maturity, from the accumulation of know-how and tools through scientific experimentation, and now use similar tools and processes. The tools aim to reinforce the individual's control over their own life, such as through wide assessment of their psychosocial needs or designing a joint crisis plan. The processes are particularly focused on intensive intervention in critical periods, with zero-exclusion principles and rapid integration in the community according to the patient's choices, such as found in individual employment support or "housing first" models. However, even though the interventions designed to rehabilitate patients use the latest technology and are scientifically validated, they cover less than 10% of the needs in Switzerland.

Key words: community psychiatry; social psychiatry; social inclusion; stigma; case management

D'après une conférence
au congrès annuel de la SSPP
2015.

De «l'asilaire» au «communautaire»

Diminution des lits psychiatriques en Europe de l'ouest

Depuis les années cinquante, on observe une transformation radicale des services de santé mentale dans les pays industrialisés, avec une réduction massive du nombre de lits psychiatriques. De 1971 à 2013, le nombre de lits psychiatriques en Suisse a diminué de 2,9 à 0,9 pour mille habitants, soit une réduction de 70% en moins de cinquante ans [1, 2]. Ce mouvement a été accompagné de différentes préoccupations éthiques: une déshospitalisation dès les années cinquante, une désinstitutionnalisation dès les années quatre-vingt et une préoccupation d'inclusion sociale dès les années deux mille.

1950 – Déshospitalisation

Jusque dans les années cinquante, les aspects bien-faisants et protecteurs de l'asile psychiatrique avaient une primauté sur leur impact négatif sur les libertés individuelles. La deuxième guerre mondiale fait prendre conscience d'une part des conditions de vie désastreuses des personnes abandonnées dans les asiles psychiatriques, et d'autre part, que l'expérience «d'institutions totales» telles que les asiles ou les prisons [3] peut être comparée à l'expérience vécue dans les camps de concentration. Il s'ensuit une phase de déshospitalisation «idéologique», qui consiste à «libérer les fous» et à fermer des asiles considérés comme néfastes.

1980 – Désinstitutionnalisation

La perte de la fonction asilaire de l'hôpital psychiatrique, sans développement suffisant des soins dans la communauté, a abandonné de nombreux patients à leur sort. Dans les pays où la désinstitutionnalisation a été brutale, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères sont venues grossir les rangs des sans domicile fixe ou des prisonniers. Le paradigme de la «chronicité» des troubles psychiatriques ne s'est pas

fondamentalement modifié, mais a changé de forme. Les patients auparavant longuement hospitalisés ont vécu des phénomènes de porte tournante entre la rue et les soins hospitaliers aigus de courte durée [4]. En conséquence, durant cette période, les méthodes de suivi assertif dans la communauté ont été développées, afin de maintenir la continuité des soins dans la communauté pour les patients difficilement accessibles aux soins [5]. A partir de cette période, avec un nombre moyen de lits psychiatriques atteignant en Europe moins 1/1000 habitants [6], soit 10–30 fois moins que la prévalence des troubles psychiatriques sévères, on peut dès lors considérer que plus de 95% des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères tels qu'une schizophrénie vivent désormais dans la communauté.

1990 – Inclusion sociale

Depuis les années quatre-vingt-dix, les personnes souffrant de troubles de santé mentale se sont organisées de manière militante en associations. De nombreuses personnes commencent à raconter leur rétablissement de troubles tels que la schizophrénie, notamment dans des articles rédigés à la première personne dans des journaux scientifiques tels que le *Schizophrenia Bulletin* [7]. Ces témoignages, ainsi que les études épidémiologiques [8], contribuent à modifier profondément la vision de la chronicité des troubles psychiatrique et à faire prendre conscience de leur potentiel de rétablissement. Certaines personnes concernées, telles que Pat Deegan, en viennent à jouer un rôle important pour modifier le système de santé et développer un modèle de rétablissement alternatif au modèle médical de guérison [9]. En parallèle, plusieurs technologies d'intervention dans la communauté basées sur des preuves scientifiques sont affinées, comme le soutien individuel à l'emploi (IPS) [10], le «chez soi d'abord» [11], le suivi assertif dans le milieu [5], ou plus récemment les interventions en période critique [12].

L'expérience du rétablissement comme modèle de guérison

Dans ce contexte, l'expérience personnelle du rétablissement psychosocial a pris une importance prépondérante par rapport au modèle médical de guérison. L'absence d'espoir offert par le modèle médical et la notion de chronicité, stigmatisante et auto-prophétique d'une issue négative, constituent un fondement de la révolte des personnes concernées.

«Le psychiatre m'a dit: «Vous avez une maladie nommée schizophrénie. Vous allez devoir prendre une médication le reste de votre vie». [...] C'était comme une sentence de mort. J'ai pensé: vous vous trompez» [9].

Les récits de nombreux individus rétablis fondent le modèle du rétablissement [13, 14], qui révolutionne aujourd'hui les services de santé mentale. Il bouleverse également certaines «certitudes» de la pratique psychiatrique, ce que montrent les quatre exemples ci-après.

Premièrement, le modèle de rétablissement affirme qu'il est possible de se rétablir d'une schizophrénie. La notion de guérison n'est la «cure» de la cause du trouble comme dans le traitement des infections, mais comme en chirurgie, la «cicatrisation» d'une expérience vécue. De plus, les ambitions thérapeutiques ne sont pas limitées à la disparition des symptômes, mais orientées vers l'accomplissement d'une vie remplie, déterminée par les choix de la personne, avec une intégration dans la communauté et un rôle social [15, 16].

Deuxièmement, l'absence d'acceptation de la maladie n'est pas considérée comme un obstacle. Au contraire, c'est une réaction saine de «colère justifiée» contre la stigmatisation des troubles mentaux, qui donne l'énergie nécessaire pour accomplir le processus de rétablissement [17].

Troisièmement, dans un modèle de réhabilitation psychiatrique classique, les stress et la surstimulation doivent être évités, et l'accomplissement des rêves passe par une préparation dans un environnement qui prépare à l'exercice de la citoyenneté. Pour les militants du rétablissement, l'actualisation des droits de la personne comme citoyen, le respect de ses choix précèdent le rétablissement: il n'est pas possible de se rétablir sans prendre de risque. Les échecs en situation réelle font partie du processus, comme dans les modèles «place then train» du soutien à l'emploi, ou du «housing first» [10, 11].

Enfin, les personnes concernées peuvent s'émanciper des soins psychiatriques, écrire leur existence sur une page blanche. Cette vision s'oppose à celle d'un «traitement à vie», éthiquement discutable tant dans les soins asilaires que communautaires [18], pour favoriser plutôt des modèles qui se focalisent sur un soutien intensif dans des phases critiques de rétablissement [12, 19].

Les méthodes efficaces d'intégration sociale des troubles mentaux

De nombreuses méthodes ont été développées afin de poursuivre ces buts avec une efficacité basée sur des preuves, telles que le suivi intensif dans le milieu ou le soutien individuel à l'emploi. Elles se sont d'abord focalisées sur le maintien dans la communauté de personnes auparavant longuement hospitalisées, puis elles ont visé à surmonter les barrières à l'exercice d'une pleine citoyenneté telles que l'obtention d'un emploi ou d'un logement.

Tableau 1: Caractéristiques principales des modèles médical et du rétablissement.

	Modèle «médical»	Modèle «rétablissement»
Définition	La guérison est le <i>résultat</i> du traitement de la <i>cause</i> du trouble.	La guérison est le <i>processus</i> de « <i>cicatrisation</i> » d'une expérience personnelle bouleversante quelque soit son origine.
Conditions de réalisation	Identification des causes et existence d'un traitement causal approprié. Acceptation de la maladie. L'exercice des droits fondamentaux suppose un certain niveau de guérison. Éviter les sur-stimulations. Services orientés vers le traitement des symptômes.	Espoir, «colère justifiée» contre la stigmatisation, autodétermination, connexions sociales. Le respect des droits fondamentaux est un préalable au rétablissement. Accompagnement dans l'actualisation immédiate des choix. Services orientés vers le rétablissement.
Point de vue	Professionnel de la santé	Usager
Données	Environ 15% des patients guéris	Chacun possède un potentiel de guérison.
But	Éliminer la maladie	Reprendre le pouvoir sur sa propre vie et sur la gestion de sa propre santé. Accomplissement d'une vie remplie dans la société.

Aspects communs des méthodes de psychiatrie communautaire

Ces méthodes ont de nombreuses similitudes. Elles heurtent le sens commun qui voudrait qu'une personne soit rétablie avant d'envisager un emploi ou un logement indépendant. Il n'y a ainsi pas de pré-requis d'abstinence de consommation de substances, ou de disparition des symptômes. Au contraire, elles s'adressent à des personnes avec des besoins psychosociaux complexes, qui peuvent être initialement non motivées au traitement, sans projet thérapeutique clair. Elles partent des besoins exprimés par la personne, le plus souvent initialement en dehors du domaine des soins. Les interventions cherchent à collaborer avec le réseau existant, dans une perspective de médecine communautaire. Les case managers cliniques sont une figure centrale des interventions, coordonnent les interventions et se font le porte-parole du patient dans le réseau. La prise de conscience des difficultés et la motivation au suivi passent par l'actualisation immédiate. Enfin, leur efficacité a été démontrée par des études scientifiques. Le Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) recommande par exemple les traitements psychosociaux basés sur des preuves pour la schizophrénie tels que le soutien individuel à l'emploi de type IPS ou le suivi assertif dans le milieu [20]. L'efficacité de ces méthodes a également été démontrée dans le contexte suisse [21–23].

Outils et processus thérapeutiques

Arrivées aujourd'hui à une certaine maturité technologique, ces méthodes utilisent des outils et des processus similaires. Les outils visent à renforcer le pouvoir de la personne dans la gestion de sa vie, par exemple par une évaluation large de ses besoins psychosociaux ou par l'élaboration d'un plan de crise conjoint. Comme les troubles psychiques se manifestent en général sur une

certaine durée, ont une influence complexe sur la vie des personnes, avec une évolution en partie imprévisible, les processus mettent en avant les interventions intensives durant les périodes critiques comme le début des troubles, des difficultés d'engagement dans les soins, une période sans abri ou la volonté de trouver une activité professionnelle. Les principes de zéro exclusion et la mise en situation rapide dans la communauté selon les choix du patient sont partagés, comme dans les modèles de soutien individuel à l'emploi ou de «chez soi d'abord».

Le rôle central du case manager clinique

Ces interventions nécessitent des équipes pluridisciplinaires, dans lesquelles le rôle de case manager a une fonction centrale. Le case manager, en général infirmier ou travailleur social, effectue des tâches qui contribuent au succès thérapeutique de manière déterminante: il coordonne le système, aide la personne à s'engager dans les soins psychiatriques, facilite l'adhésion au traitement médicamenteux, aide la personne à accéder à des soins médicaux, établit des liens dans la communauté, soutient la personne dans sa recherche d'emploi, développe les compétences de la vie quotidienne, assure le lien avec les proches et l'éducation thérapeutique [12].

Outils

Les outils sont volontairement simples, afin d'assurer la participation de la personne et de ses proches, le partage d'information, et plus largement le processus d'appropriation du pouvoir par les décisions partagées. Ils sont accessibles au patient et au réseau de soins, et touchent de nombreux domaines en dehors des troubles psychiatriques. Ils clarifient les objectifs et les rôles, notamment en période de crise, et augmentent la cohérence du système en s'appuyant sur les attentes de la personne. Trois exemples d'outils sont présentés ci-après: la carte réseau, l'évaluation des besoins et le plan de crise conjoint.

La carte réseau

Le réseau de la personne dans la communauté constitue une ressource essentielle. Toutefois, dans les situations complexes, de nombreuses personnes peuvent être impliquées, souvent ne se connaissent pas, et expriment des avis contrastés, ce qui a tendance à induire de la confusion et à déposséder la personne des décisions la concernant. La carte réseau fait un état des lieux du réseau primaire, secondaire et tertiaire de la personne. Les proches avec qui la personne entretient des rapports informels, tels que les amis, les parents ou les voisins, constituent le réseau primaire. Les professionnels de la santé et du social forment le réseau secondaire. La justice pénale et civile peut être impliquée comme réseau tertiaire. La nature des liens, proches, lointains ou conflictuels, permet d'identifier et de clarifier les rôles et de chercher les appuis les plus pertinents le moment voulu. Les soignants ont tendance à se centrer sur les symptômes psychiatriques, ce qui est une source de divergence avec les patients sur la nature des problèmes les plus importants à affronter.

L'évaluation des besoins

Les outils d'évaluation des besoins tels que le CAN [24, 25] ou ELADEB [26] permettent de dépasser ces obstacles en explorant systématiquement les besoins de la personne, dans un spectre large de problèmes allant des conditions de vie aux problèmes de santé, en passant par les aspects pratiques du quotidien ou la vie relationnelle et sociale.

Le plan de crise conjoint

Enfin, le plan de crise conjoint est un instrument dynamique élaboré entre la personne et son réseau, qui décrit de manière anticipée les signes précoces de rechute, les stratégies personnelles pour y faire face, le

rôle des proches et des professionnels, les souhaits d'adaptation de traitement et les traitements à éviter, ainsi que les mesures pratiques à entreprendre pour préserver l'environnement de la personne en cas de crise [27, 28].

Processus thérapeutique

Le processus thérapeutique est garanti par le case manager clinique dans une approche collaborative avec la personne [29]. Il garantit le lien entre le patient, l'équipe traitante et le réseau dans la communauté en offrant un soutien direct en situation réelle. Il favorise l'affiliation sociale par l'actualisation immédiate des choix de la personne et rapporte une observation in vivo utile pour les traitements psychiatriques et psychothérapeutiques intégrés. Un exemple clinique permet d'illustrer le processus d'intervention, dont les étapes sont résumées dans le tableau 2.

Situation initiale – déconnexion personnelle et sociale

Patrick, 27 ans, est sans domicile fixe depuis 5 ans. Sa mère décrit un comportement bizarre et une tendance à parler tout seul. Très isolé, il a perdu ses amis, n'a pas renouvelé ses papiers et ne reçoit aucune aide sociale. Il n'a pas de demande, sinon qu'il est intoxiqué par d'anciens plombages dentaires.

Certaines personnes souffrant de schizophrénie, comme Patrick, vivent un cycle d'aggravation qui les éloigne des soins. Leur souffrance n'a pas été comprise initialement, et une offre d'aide leur parvient tardivement, et de manière souvent traumatique, alors qu'ils ont trouvé une explication personnelle à leurs difficultés et renoncé à trouver de l'aide auprès d'autrui [30].

Identifier une demande

Bien qu'hostile à un suivi psychiatrique et délirant, Patrick est motivé pour faire examiner ses anciens plombages. Ce projet

Tableau 2: Processus d'intervention de psychiatrie communautaire.

	Aspects communs	Exemples
Modèles	Case managers (caseload 10–35:1) Basé sur des preuves	Soutien individuel à l'emploi IPS; Housing first; Critical time intervention; Assertive Community Treatment ACT
1. Situation initiale	Désaffiliation personnelle et sociale Période critique	Sans emploi, SDF, sortie de prison/hôpital, difficile à engager dans les soins
2. Identifier la demande	Zéro exclusion Pas d'exigence préalable de rétablissement ou de motivation	La demande correspond à un besoin immédiat pour la personne et/ou ses proches
3. Action immédiate	Affiliation sociale directe en milieu naturel Pas de phase préparatoire en milieu protégé	Mise en action immédiate de recherche d'emploi, de logement; gestion de la sortie d'hôpital/prison
4. Développer l'alliance et motivation	Culture positive de l'échec Coordination du réseau Intégration clinique	Affronter les difficultés pas à pas Développer l'alliance Motiver au traitement
5. Projet thérapeutique	Introduction et adaptation des traitements pour surmonter les obstacles	Psychothérapie (insight; intégration de l'identité) Remédiation cognitive Adaptation doses médication

est accompagné par le case manager, ce qui crée une forte alliance.

Même lorsque la demande est délirante, ou paraît absurde aux yeux des soignants, elle donne la possibilité de rencontrer la personne, là où elle se trouve et dans ses préoccupations immédiates et urgentes [31]. L'intervention est mobile, proactive et suit l'agenda de la personne. L'alliance avec la personne sur un objectif commun lui permet de sortir de son isolement, de retrouver un espoir de changement et un début d'affiliation sociale.

Action immédiate

L'examen dentaire nécessite un devis et une aide sociale. Le case manager aide Patrick à s'adresser aux services sociaux pour renouveler ses papiers et obtenir les aides auxquelles il a droit. Patrick se rend compte qu'il est trop préoccupé et angoissé pour avancer dans les démarches.

Certaines personnes souffrant de psychose recouvrent les difficultés liées aux troubles par un mécanisme de «verrouillage» («sealing over»), un raccourci qui évite d'intégrer les troubles en les ignorant ou en les considérant comme passagers [32]. Ce mécanisme d'évitement pourrait être lié au traumatisme vécu et à une influence négative sur le résultat des soins [33]. La mise en action immédiate permet de surmonter l'évitement et l'autostigmatisation («A quoi bon? Je suis schizophrène, donc incapable»), pour reprendre espoir et s'engager dans un processus de rétablissement.

Développer l'alliance et la motivation

Patrick prend conscience que ses difficultés à avancer dans la résolution de ses problèmes dentaires sont liées à son état émotionnel. Il accepte alors de consulter un psychiatre.

Affronter les difficultés pas à pas permet de faire le lien entre les actions, les croyances et les émotions dans une démarche thérapeutique [31]. Les échecs sont utilisés pour sortir d'une idée magique de la guérison, pour développer l'alliance thérapeutique et pour motiver au traitement.

Elaborer un projet thérapeutique

Le case manager maintient le lien thérapeutique avec le psychiatre dans la phase d'engagement, et amène des éléments importants pour élaborer un projet thérapeutique psychologique, médicamenteux ou d'amélioration du fonctionnement social.

Dès lors, la personne peut s'engager de manière autonome dans les soins, en exprimant des besoins compréhensibles pour le psychiatre et psychothérapeute. Soit, par exemple, dans une thérapie cognitive des troubles psychotiques [34], la recherche du dosage minimal d'antipsychotiques, ou une remédiation cognitive [35].

Forces, limites et perspectives

La modélisation du «rétablissement» constitue une révolution dans la façon de concevoir l'évolution des troubles psychiatriques. Dans ce modèle, le trouble psychiatrique n'est pas une fin, mais il a une évolution dynamique avec des périodes critiques. La technologie des interventions visant au rétablissement a atteint une certaine maturité pour les domaines des suivi dans la communauté pour les patients difficilement accessibles, le soutien à l'emploi, le soutien au logement, la transition à la sortie de l'hôpital ou de prison ou les interventions précoces pour les psychoses débutantes. Néanmoins, la dissémination des bonnes pratiques de psychiatrie communautaire reste insuffisante, avec probablement moins de dix pourcents des besoins couverts en Suisse, par analogie aux besoins estimés dans un pays européen comme la Hollande, dont les niveaux de vie et de système de santé sont comparables [36]. Les obstacles à la dissémination des pratiques restent nombreux, aux niveaux de la société, des professionnels de psychiatrie et des individus. La vision sociétale de la médecine valorise aujourd'hui de manière extrême les promesses de techniques futures d'actions sur les causes des maladies, au détriment d'autres modèles plus efficaces dans l'état actuel des connaissances [37]. Ainsi, la psychiatrie sociale et communautaire a perdu de son prestige dans les milieux académiques suisses durant les dernières décennies. Les modèles de financement ne sont pas adaptés aux problématiques psychosociales complexes, qui nécessitent la coordination de plusieurs instances sanitaires et sociales. Enfin, au niveau individuel, la stigmatisation directe et structurelle des troubles de santé mentale reste importante, avec une perception erronée des risques liés à une approche communautaire du rétablissement par rapport à une institutionnalisation [38, 39]. Les méthodes de psychiatries communautaires devraient ainsi être plus activement rendues accessibles à l'ensemble de la population. Ces technologies pourraient également être transférées vers d'autres populations cibles, telles que la population croissante de jeunes en voie d'invalidation en raison de troubles psychiques.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

La liste des références complète se trouve dans la version en ligne de l'article sur le site web www.sanp.ch.

Correspondance:
Charles Bonsack
Professeur associé
Service de psychiatrie
communautaire
Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois
(CHUV)
Place Chauderon 18
CH-1003 Lausanne
[Charles.bonsack\[at\]chuv.ch](mailto:Charles.bonsack[at]chuv.ch)

Références

- 1 May AR. Mental Health Services in Europe. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 1976.
- 2 OECD. Psychiatric care beds 2014 [cited 2015 23.12.2015]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/psycarebed-table-2014-1-en>.
- 3 Goffman E. Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les Editions de Minuit 1968. 447 p.
- 4 Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*. 1993;162:587–92.
- 5 Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(4):392–7.
- 6 Medeiros H, McDaid D, Knapp M. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. London: MHEEN network, 2008.
- 7 Ruocchio PJ. First Person Account: Behind the Mask: A Functional Schizophrenic Copes. First Person Account: Fighting the Fight – The Schizophrenic's Nightmare. *Schizophrenia Bulletin*. 1990;16(3):547–9. doi: 10.1093/schbul/16.3.547. 10.1093/schbul/15.1.163.
- 8 Ciompi L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. 1980;6(4):606–18.
- 9 Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;19(3):pp. doi: 10.1037/h0101301.
- 10 Drake RE, Becker DR. The individual placement and support model of supported employment. *Psychiatr Serv*. 1996;47(5):473–5. PubMed PMID: 8740486.
- 11 Tsemberis S, Asmussen S. From streets to homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. 1999. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1999;17(1-2):pp. doi: 10.1300/J020v17n01_07. PubMed PMID: 1999-11350-007.
- 12 Dixon L, Goldberg R, Iannone V, Lucksted A, Brown C, Kreyenbuhl J, et al. Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatr Serv*. 2009;60(4):451–8. Epub 2009/04/03. doi: 10.1176/appi.ps.60.4.451. PubMed PMID: 19339319.
- 13 Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*. 2001;52(4):482–5.
- 14 Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37(5):586–94.
- 15 Provencher H. L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Sante Ment Que*. 2002;27(1):35–64.
- 16 Huguélet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2007;158:158:271–8.
- 17 Corrigan P, Watson AC. The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9:35–53.
- 18 Williamson T. Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams). *Current Opinion in Psychiatry* September. 2002;15(5):543–7.
- 19 Bonsack C, Gibellini S, Ferrari P, Dorogi Y, Morgan C, Morandi S, et al. Le cas management de transition: description d'une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2009;160(6):246–52.
- 20 Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, -Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bull*. 2010;36(1):48–70. Epub 2009/12/04. doi: sbp115 [pii]. 10.1093/schbul/sbp115.
- 21 Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171(11):1183–90. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13070857.
- 22 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9593):1146–52. doi: S0140-6736(07)61516-5 [pii]. 10.1016/S0140-6736(07)61516-5.
- 23 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(13):845–50.
- 24 Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the need of people with severe mental illness. *Brit J Psych*. 1995;167:589–95.
- 25 Bonsack C, Lesage A. Deux instruments pour évaluer les besoins de soins en santé mentale: une étude comparative chez des personnes longuement hospitalisées. *Ann Med-Psychol*. 1998;156(4):244–57.
- 26 Pomini V, Golay P, Reymond C. L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques: Les échelles lausannoises ELADEB. *L'Information psychiatrique*. 2008;84 (10):895–902.
- 27 Henderson C, Lee R, Herman D, Dragatsi D. From psychiatric advance directives to the joint crisis plan. *Psychiatr Serv*. 2009;60(10):1390–1. Epub 2009/10/03. doi: 10.1176/appi.ps.60.10.1390.
- 28 Bartolomei J, Bardet Blochet A, Etter M, Ortiz N, Etter J-F, Rey-Bellet P. Le plan de crise conjoint: familles, patients et -soignants ensemble face à la crise. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 2012;163(2):58–64.
- 29 Burns T, Firn M. Assertive outreach in mental health: a manual for practitioners. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 30 Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics*. 2002;16(5):439–54. PubMed PMID: 12472092.
- 31 Morandi S, Bonsack C. Engager dans les soins des personnes -souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu. (SIM). *Swiss Arch Neurol Psychiatr*. 2011;162(7):278–83.
- 32 McGlashan TH. Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J Nerv Ment Dis*. 1987;175(11):681–5. Epub 1987/11/01.
- 33 Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Res*. 2010;116(2-3):217–27. Epub 2009/11/27. doi: S0920-9964(09)00547-7 [pii]. 10.1016/j.schres.2009.10.025.
- 34 Chadwick P, Birchwood M, Trower P. Thérapie cognitive des -troubles psychotiques. Mont-Royal (Québec): Décarie éditeur; 2003.
- 35 Vianin P. Remédiation cognitive de la schizophrénie. Présentation du programme RECOG. *Ann Med-Psychol*. 2007;165(3):200–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.008>.
- 36 Veldhuizen JR. FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*. 2007;43(4):421–33. doi: 10.1007/s10597-007-9089-4.
- 37 Audetat M, editor. Sciences et technologies émergentes: pourquoi tant de promesses? Paris: Hermann; 2015.
- 38 García Gonzalez De Ara C, Bonsack C. Stigmatisation et discrimination des personnes souffrant de troubles psychiatriques pour l'accès au logement. *Swiss Arch Neurol Psychiatr*. 2015;166(1):17–22.
- 39 Bonsack C. Le désavantage social des troubles mentaux: épidémie, invalidation ou stigmatisation. *Swiss Arch Neurol Psychiatr*. 2014;165(7):234–9.