



## IHP+

**RESEAU : Bruxelles**

**PERSONNE DE CONTACT : Mme Florence CROCHELET**

**TELEPHONE : 02 742 03 50 - 02 216 35 48**

**MAIL : [florence.crochelet@casmu.be](mailto:florence.crochelet@casmu.be)**

L'IHP+ vise la population psychiatrique adulte très fragilisée dont la symptomatologie est suffisamment stabilisée pour permettre une sortie de l'hôpital mais dont les aptitudes à gérer la prise du traitement et des repas n'est pas encore acquise.

L'IHP + est comparable à une IHP « classique », à ces deux nuances près que les médicaments y sont distribués et les repas fournis. Une aide à l'entretien de l'hygiène de l'habitat peut aussi être organisée.

La formule IHP+ doit s'intégrer dans une IHP classique ; un upgrade de 1 ETP/8 places doit être rajouté au cadre de personnel de l'IHP (coût 55000€/an – bachelier paramédical, éducateur ou assistant social).

Les partenariats sont tous les partenariats activés par les IHP, soit les acteurs des 5 fonctions. L'IHP+ n'est pas transposable à une autre pratique.

IHP+ (Beschut wonen+) heeft als doelgroep de zeer kwetsbare volwassen psychiatrische populatie waarvan de symptomatologie voldoende gestabiliseerd is om een ontslag uit het ziekenhuis mogelijk te maken, maar die nog niet de vaardigheden hebben verworven om zelf in te staan voor hun medicatie en voor hun maaltijden.

IHP+ is vergelijkbaar met een 'klassieke' psychiatrische instelling, maar de geneesmiddelen worden toegediend en de maaltijden worden geleverd. Er kan ook poets hulp worden georganiseerd.

De formule IHP+ moet geïntegreerd zijn in een klassieke IHP; een upgrade van 1 VTE/8 plaatsen moet worden toegevoegd aan het personeelskader van de IHP (kost: 55000€/jaar – paramedisch bachelier, opvoeder of sociaal assistent). De partnerships zijn allemaal geactiveerd door de IHP, namelijk door de actoren van de 5 functies. IHP+ is niet transponeerbaar naar een andere praktijk.

### 1. Introduction :

« L'IHP + » est organisée et activée en région bruxelloise, particulièrement à Schaerbeek.

Son rôle vise l'ensemble de la population psychiatrique adulte très fragilisée au-delà des limites acceptables en vue d'une admission dans une IHP dite « classique » telle que définie par A.R. du 10 juillet 1990.

### 2. Description :

L'IHP + se caractérise par un contenu essentiellement comparable à une IHP « classique », à ces deux nuances près que les médicaments y sont distribués et les repas fournis. Elle peut-être, pour le public cible, la suite de la fonction 4 (hospitalisation) et, dans la fonction 5 elle-même, de la Maison de Soins Psychiatriques. Une aide à l'entretien de l'hygiène de l'habitat peut aussi être organisée.

Le public cible est constitué de patients psychiatriques particulièrement fragiles, qui ne nécessitent plus une prise en charge aiguë en milieu hospitalier mais restent peu capables d'assurer eux même la gestion de leur quotidien, principalement la prise de leurs médicaments. Elle constitue une étape supplémentaire pour certain(e)s résident(e)s qui permet, dans certains cas, de parvenir à l'IHP « classique » et pour d'autres de mener

une existence plus proche du domicile commun que du cadre hospitalier. La durée de la prise en charge doit être limitée ; les patients pris en charge dans cette formule doivent pouvoir évoluer vers une prise en charge de type plus classique dans l'IHP ou, s'ils ne parviennent pas à y trouver leur place, être orientée vers une maison de soins psychiatrique.

### 3. Les acteurs :

L'initiative revient au Centre Hospitalier Jean Titeca (1995). Celui-ci qui permettait de dégager l'aide en personnel nécessaire et l'infrastructure alimentaire indispensable. La M.S.P. Dr. Jacques Ley, voisine également, à pris le relais par la suite pour garantir une permanence du personnel (fonction 4 et 5)  
L'initiative vise aussi la fonction 3, entre-temps mise en place avec l'avènement des projets 107, dont la place peut-être celle d'une interface complémentaire en vue de soutenir la réintégration progressive dans la Société.

### 4. Opérationnalisation et résultats concrets :

L'accès à « l'IHP + » se fait par le biais d'une candidature qui, de préférence, émane de l'utilisateur personnellement. Cette candidature peut toujours être soutenue par les équipes hospitalières ou celles qui ont connus le candidat avant son hospitalisation (Centres de Santé Mentale, Médecins Généralistes, Fonction 1)

Au terme de la candidature la personne est en attente dans un groupe réservé. Lorsqu'une place se libère dans l'IHP et que les critères de compatibilité sont réunis (sexe, âge, diagnostique...) l'admission peut se faire. Le principe de « l'IHP + » est de servir de tremplin afin d'atteindre d'abord l'IHP « classique » et, si possible, l'autonomie dans un logement privatif.

Le suivi durant le séjour est par définition plus « serré » compte tenu de la répétition des moments de rencontre avec les équipes thérapeutiques.

L'accompagnement participe de la recherche de l'autonomie dans les activités de la vie journalières afin de permettre aux résident(e)s de se dégager de cette formule « + » au profit d'une prise en charge plus légère.

#### Offre – demande - Projet Pilote :

Compte tenu de notre pratique, des limites en termes d'équipements matériel et humain, nous pouvons nous prévaloir d'une expérience qui nous permette d'affirmer que cette étape a été et reste nécessaire pour :

- Permettre l'accès au logement individuel protégé à une population restant très dépendante.
- Garantir la continuité des soins à des malades souffrant de pathologies chroniques sévères, voire très sévères.
- Favoriser la gestion des troubles à ceux et celles dont la conscience morbide est fortement altérée
- Soutenir des partenariats individualisés et personnalisés avec les acteurs tant en amont qu'en aval de la prise en charge « IHP + », médecins généralistes, spécialistes, centre de santé, équipes d'outreaching, pharmaciens, aide à domicile, ...)
- Désengorger les unités hospitalières de longue durée avec pour conséquence un retour à une vie plus digne pour la personne et un coût moindre pour la collectivité.

L'intégration dans le réseau s'est toujours faite par des collaborations ponctuelles, générées par l'existence même d'un(e) candidat(e) commun(e). Les demandes émanent d'Hôpitaux ou de Services Psychiatriques, de Maison de Soins Psychiatriques, d'Etablissement de Défense Sociale ou encore de structures intermédiaires offrant, le plus souvent, des prises en charge résidentielles 24h/24h.

Cette initiative reste à notre sens un projet pilote car il s'agit d'étendre la réflexion sur le sujet en d'en apprécier concrètement les coûts et les nécessités infrastructurelles.

## Données et chiffres :

Il n'existe pas de recueil précis de données. Néanmoins, notre pratique nous permet d'affirmer que l'IHP + répond à un besoin. Nous avons entre 1995 et 2015 pris en charge dans une groupe de maximum 12 personnes quelques 50 personnes différentes et nous avons été sollicité pour bien plus. Les refus de prise en charge intervenus s'expliquent par une limite de capacité ou par la présence de troubles du comportement qui se révélaient incompatibles avec la vie dans un cadre qui n'offre pas une permanence 24h /24h.

## 5. Qu'avons-nous appris ? - Conclusion :

Cette longue expérience, qui ne peut se poursuivre, nous a amené à nous tourner aujourd'hui vers des intervenants extérieurs à l'IHP.

Parmi ceux-ci on peut isoler, principalement, les services de repas à domicile, les associations organisant les services d'aides-familiales et/ou ménagères. Le cas échéant, nous développerons également des collaborations avec des groupements d'infirmier(e) à domicile, des polycliniques....

Il est évidemment prématuré de mesurer les effets de cette nouvelle organisation, trop récente.

Le premier enseignement tient à la faisabilité d'un tel projet, qui ne peut survivre sans un financement important et de deux ordres :

- La nécessité de bénéficier des subsides qui permettent l'acquisition des équipements alimentaires et d'accueil (réfectoire). Ceci en tenant compte des exigences de l'AFSCA.
- La dotation supplémentaire en personnel et la révision de la mission des intervenants en manière telle que les équipes actuelles d'IHP puisse assurer une permanence 7j/7j entre 08h00 et 18h30 et le financement des gardes, alors qu'elles sont obligatoires en vertu de l'A.R. de référence.  
Une estimation nous conduit à augmenter le cadre actuel de 1 ETP pour 8 places à 1 ETP pour 4 places, sachant qu'il y a lieu de compenser les prestations des samedi / dimanche et les horaires irréguliers des matins et après-midi. Il est par ailleurs indispensable de pouvoir maintenir une telle équipe en activité tout au long de l'année pour chaque repas et prise de médicaments.

Le second enseignement tient à la démonstration que ce projet à permis de faire quant à la capacité de certain(e)s patient(e)s de sortir de la relégation qui est la leur de n'être que « toujours hospitalisés » durant des années. Certes, ils ou elles ne séjournent plus 20 ou 30 ans au même endroit mais durant ce même laps de temps, voire plus, ils sont hospitalisé(e)s successivement dans différents institutions.

Certain(e)s aboutissent dans le circuit judiciaire pour lequel « l'IHP + » peut se révéler une alternative.

Des concertations entre IHP ; depuis des années, nous conduisent à penser que telles « IHP + » pourraient se développer tant en zone rurale qu'urbaine. Leur accouplement avec des IHP « classiques » est à notre avis un plus qui permet de « grandir » au sein d'une même institution sans avoir l'obligation de se réadapter une nouvelle fois à un territoire, un personnel d'encadrement. Une telle complémentarité nous apparaît comme un signe de la stabilité indispensable, que réclame bon notre d'usagers, à l'amélioration des soins en santé mentale.