

**IHP+ ET TRANSITO :  
DE 2 PRATIQUES INNOVANTES VERS  
UNE PRATIQUE UNIQUE AU SEIN DE  
L'IHP CASMMU : L'IHP+TRANSITO**

# 1. CADRE DANS LEQUEL CES DEUX PRATIQUES INNOVANTES ONT VU LE JOUR ET ONT ÉVOLUÉ

2

## L'IHP et l'ensemble de soins

- CASMMU (Centre d'Aide pour la Santé Mentale en Milieu Urbain)
- ASBL créée à l'initiative du Centre Hospitalier Jean Titeca et du Centre de Santé Mentale de l'asbl Anais fin années 80
- A débuté avec 12 places
- Compte à ce jour 98 places dont 8 dédiées à des adolescents
- Située à Schaerbeek
- 2 sites adultes : site FOCH et site LAMBIOTTE (14 maisons et 2 bureaux)
- 1 site ADOS (2 maisons et 1 bureau)

# Le quartier « Lambiotte »

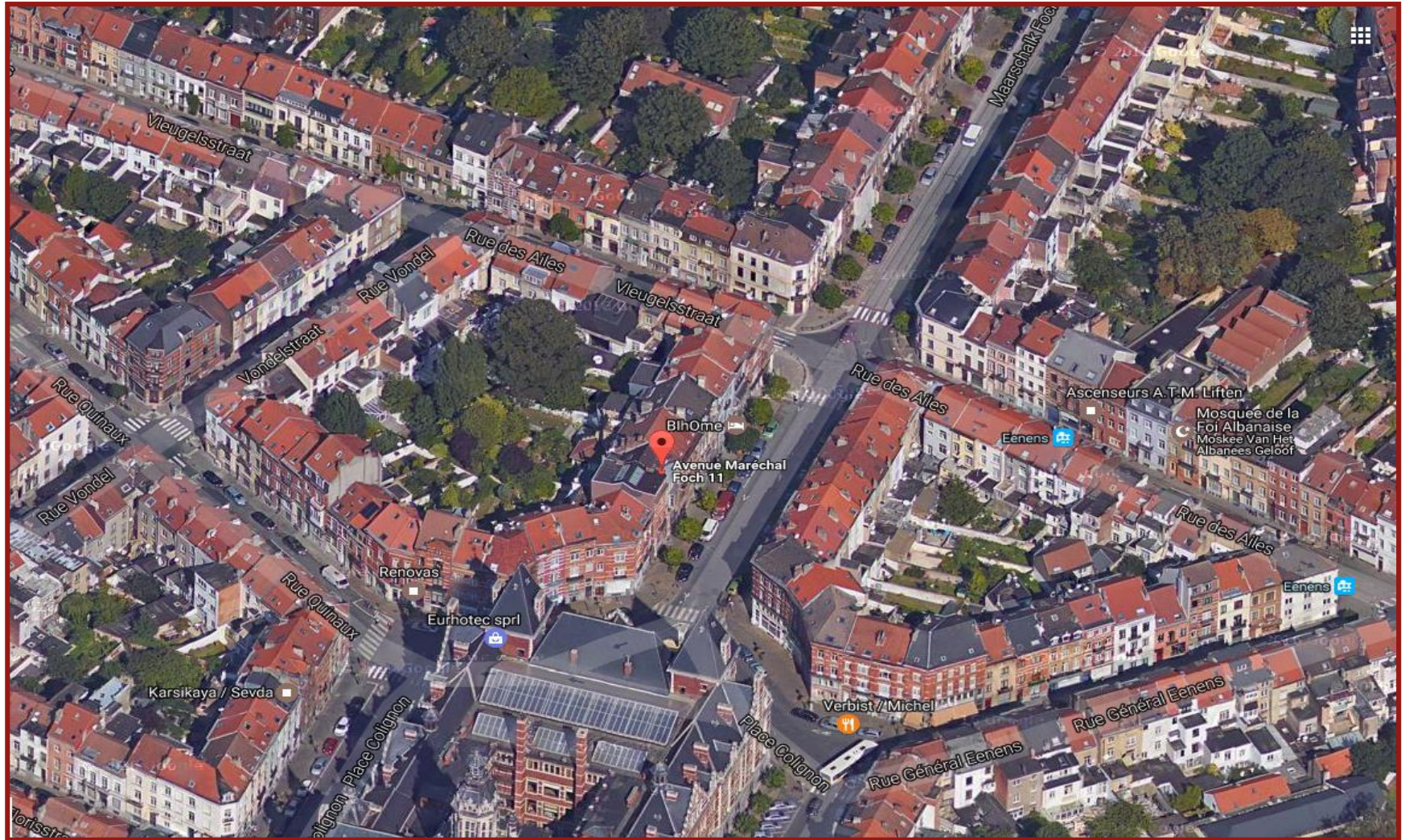
3





# Le quartier « Foch »

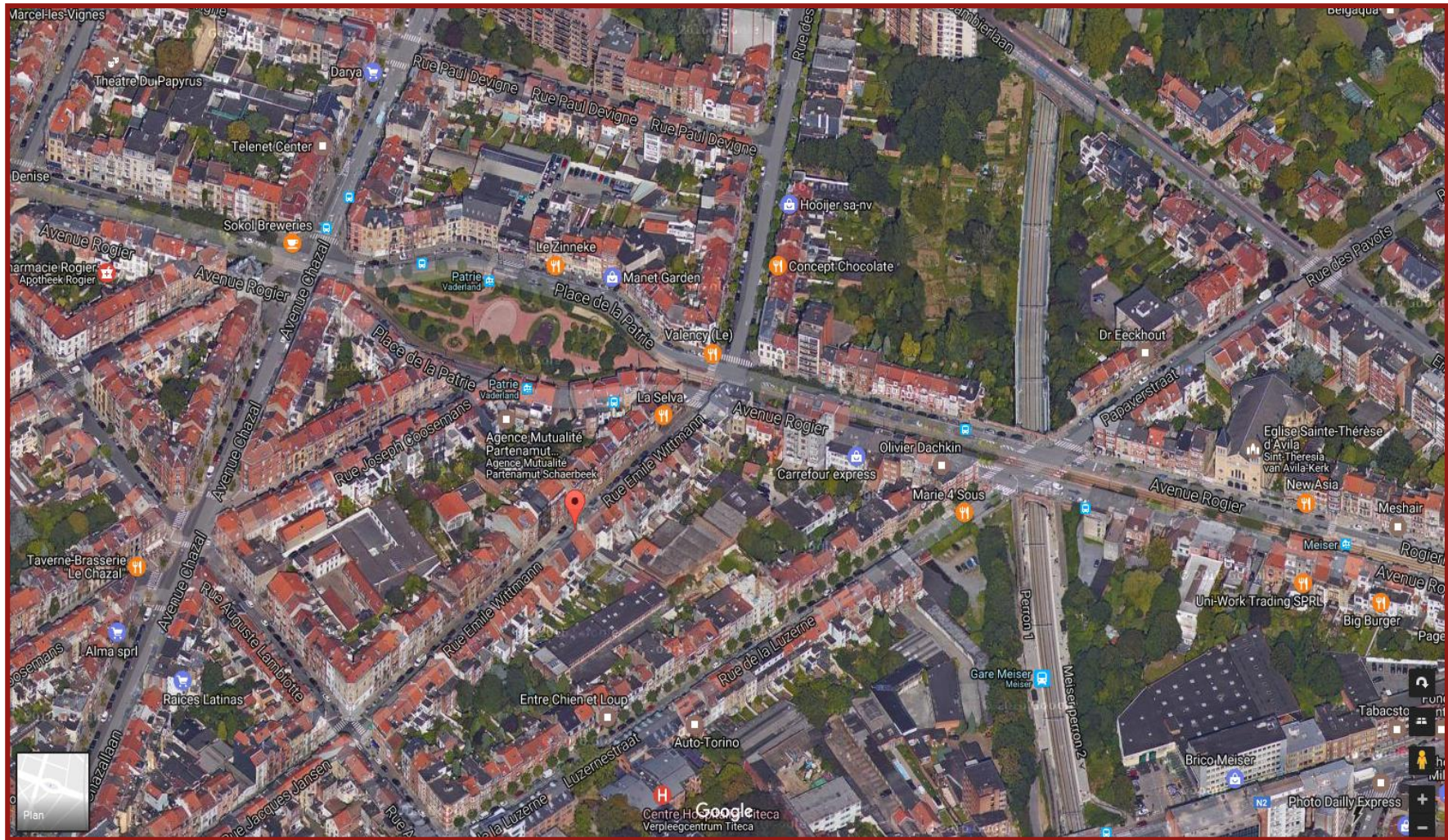
4





# Le quartier « ADOS »

5



# Diversité de l'offre

6

- Logement individuel
- Logement communautaire 4 à 8 places / Unité de vie
- Logement de couple ou de parent isolé + enfant
- Appartement de 2

L'IHP CASMMU fait partie d'un ensemble de soins avec le Centre Hospitalier Jean Titeca et la Maison de Soins Psychiatriques Docteur Jacques Ley.

Cet ensemble de soins répond aux différents besoins de santé mentale, selon l'évolution clinique, ainsi qu'aux *cinq fonctions* développées dans le cadre de la réforme nationale en santé mentale

**Le CHJT** permet l'hospitalisation (*fonction 4*) d'adolescents et d'adultes, principalement sous statut médico-légal.





# Diversité de l'offre

7

L'objectif du CHJT est de prodiguer des soins pluridisciplinaires de qualité dans un cadre thérapeutique que l'on peut qualifier de « bientraitant ».

Patients peuvent être suivis en ambulatoire grâce aux différentes équipes mobiles (*fonction 2*), en consultation (*fonction 1*) et en post-cure (*fonction 1*).

La **Maison de Soins Psychiatriques Docteur Jacques Ley (MSP)** s'inscrit dans *la fonction 5* (hébergement).

Les **habitations protégées CASMMU** s'inscrivent essentiellement dans la *fonction 5* (hébergement) mais également **dans la fonction 3** (qui vise la réhabilitation psychosociale) via la réalisation des missions d'organisation des activités journalières.

# Les habitations protégées et le logement à Bruxelles

8

## Les IHP

- La programmation prévoit 0,5 place d'habitation protégée/1000 habitants ce qui fait près de 600 places pour Bruxelles. Près de 580 places sont opérationnelles à ce jour.
- Pour les 6 premiers mois de l'année 2016, 95 personnes étaient en attente.



# Les habitations protégées et le logement à Bruxelles

## 9 Le logement à Bruxelles

- Prix logements élevés à BXL et difficultés de trouver des places en logement social (+ de 40000 demandes en attente de logement sociaux = 10 ans attente)
- Population augmente et population précarisée augmente aussi
- Marchands de sommeil et SHNA qui selon les cas offrent des conditions acceptables ou pas.

# Les habitations protégées et le logement à Bruxelles

10

## Les missions de l'Habitation Protégée

Mission d'encadrement axée essentiellement sur le développement maximal de l'autonomie individuelle des habitants.

Aide individualisée qui peut s'orienter vers différents axes.

La mission d'encadrement doit, entre autres, comprendre

- acquérir des aptitudes sociales,
- améliorer les contacts des habitants avec leur milieu d'origine,
- acquérir des aptitudes administratives, notamment en ce qui concerne la gestion de l'argent,
- organiser et stimuler l'occupation du temps.





# L'organisation des soins au sein de l'Habitation Protégée

11

## Pour les adultes

- L'encadrement est adapté à chaque résidant en tenant compte de ses difficultés et de ses compétences
- Identiques sur les deux sites
- Quelques variantes liées aux spécificités géographiques ou du personnel existent néanmoins.
- Modalités de soins identiques pour tous, quel que soit leur statut légal – impossible de faire abstraction de la contrainte légale dans la prise en charge



# L'organisation des soins au sein de l'Habitation Protégée

12

## Pour les adolescents

Le site Ados de l'IHP s'adresse aux jeunes garçons âgés de 16 à 22 ans, souffrant de perturbations psychologiques/psychiatriques sévères

Les jeunes accueillis proviennent des structures hospitalières, de l'aide à la jeunesse et ont vécu, en majorité, un long parcours institutionnel.

- Les objectifs généraux consistent à :
  - ❑ L'accompagnement à l'autonomie
  - ❑ Aider à développer un réseau d'aide et de soins autour de ces jeunes
  - ❑ Accompagner le résidant sur une période maximale de trois ans dans une transition vers la vie en domicile privé ou vers d'autres structures.





# Public cible de CASMMU

13

- Hommes et femmes adultes
- Jeunes garçons de 16 à 22 ans
- En ordre de mutuelle
- Qui présentent une maladie mentale majeure et/ou un trouble de la personnalité.
- Personnes pour lesquelles la mise en place d'un projet de resocialisation est envisageable, quel que soit le délai nécessaire pour réaliser ce projet.
- Symptomatologie suffisamment stabilisée pour pouvoir vivre en société.
- Les troubles du comportement doivent être maîtrisés.
- L'autonomie est suffisante pour pourvoir au quotidien



# Public cible de CASMMU

14

Critères d'exclusion :

- ❑ Patients nécessitant une surveillance médicale continue et des soins médicaux continus du fait d'une pathologie organique.
- ❑ Troubles du comportement majeurs incompatibles avec la vie en société.



# Public cible de CASMMU

15

Les usagers résidant au Casmmu peuvent avoir plusieurs statuts :

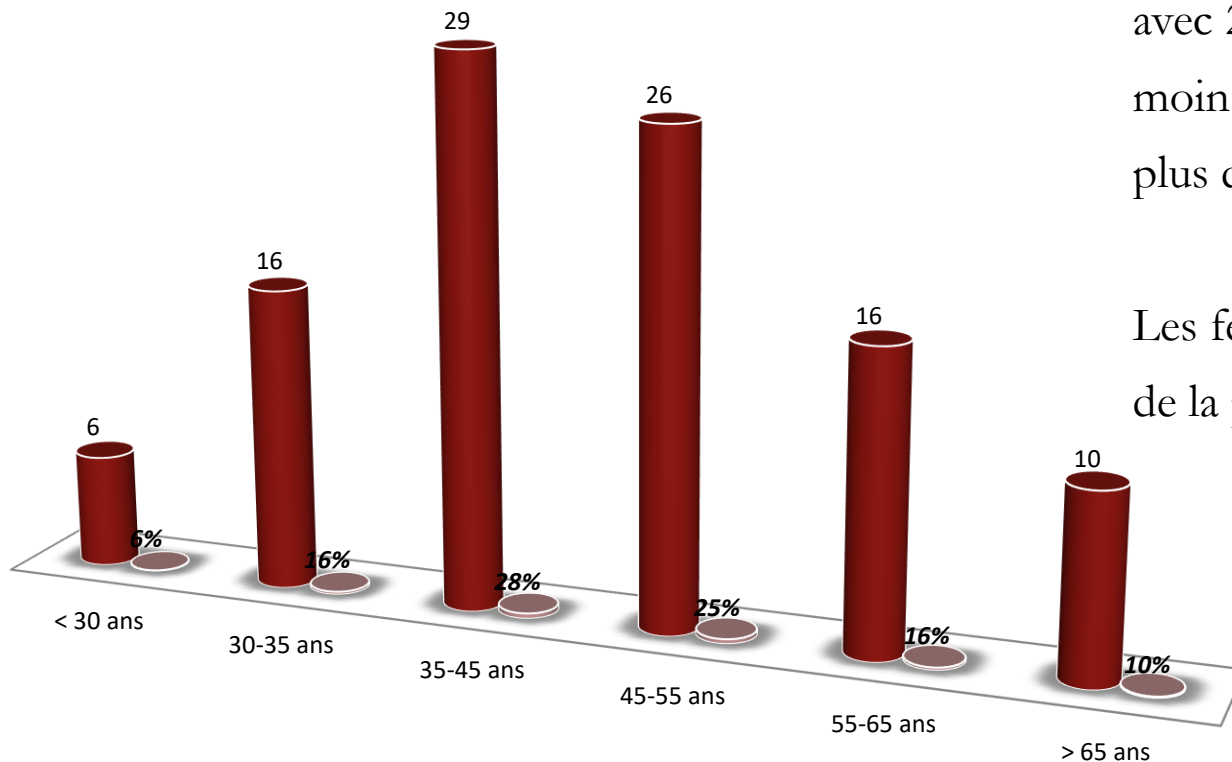
- ❑ Le résidant n'est sujet d'aucune mesure judiciaire.
- ❑ Le résidant pose sa candidature dans la perspective d'être libéré en postcure, en application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.
- ❑ Le résidant est sous statut d'internement et son admission est subordonnée à une décision de la Chambre de Protection Sociale ou du Tribunal d'Application des Peines dont il dépend, qui exige qu'il séjourne en IHP.
- ❑ Le résidant est mineur et est soumis aux décisions d'un Juge de la Jeunesse (site « ADOS » des IHP).



# Profils des usagers

16

Age des résidants (2015)



La moyenne d'âge est de 47 ans avec 22 % des résidants qui ont moins de 35 ans et 10 % qui ont plus de 65 ans.

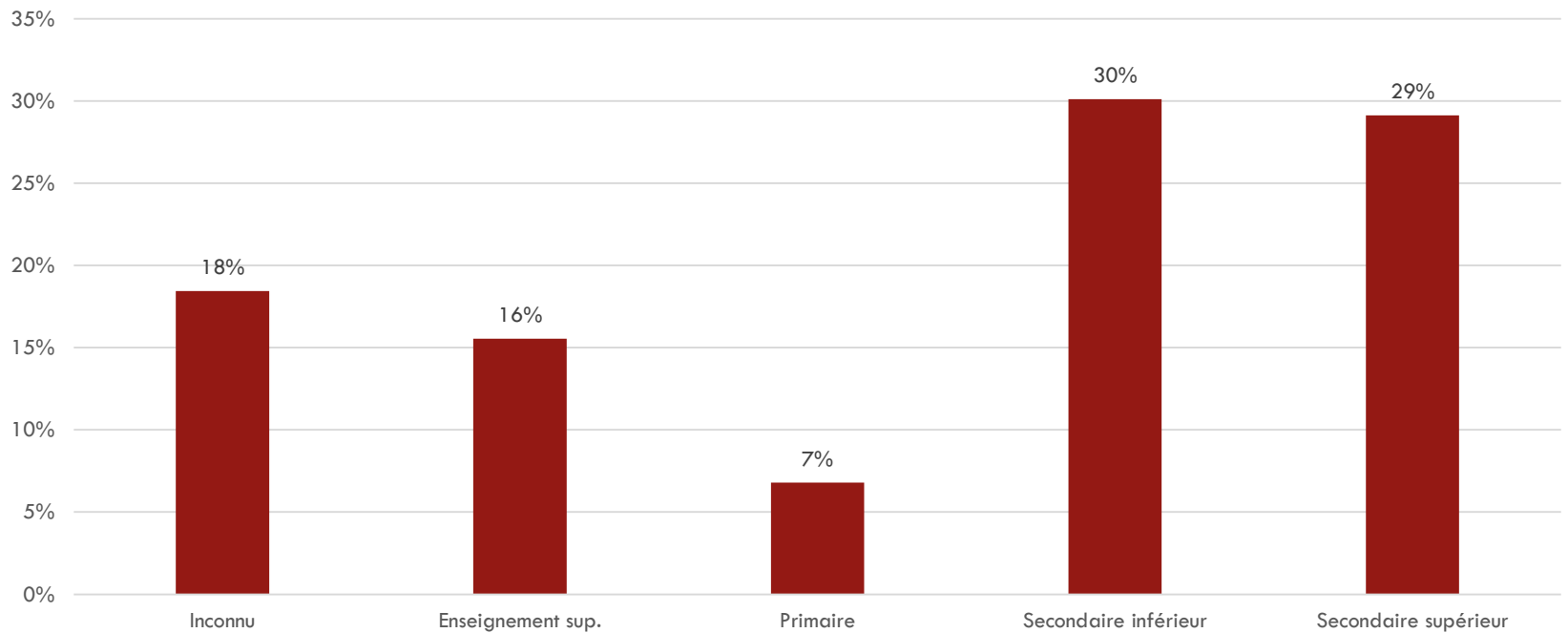
Les femmes représentent 28 % de la population.



# Profils des usagers

17

Niveau scolaire (%)



# Profils des usagers

18

- 2/3 de la population : scolarité d'enseignement secondaire inférieur (30 %), une scolarité d'enseignement secondaire supérieur (29%)
- 1/3 enseignement primaire (7%), l'enseignement supérieur (16%)
- Le niveau ou le type d'études n'est pas forcément représentatif du niveau d'autonomie.

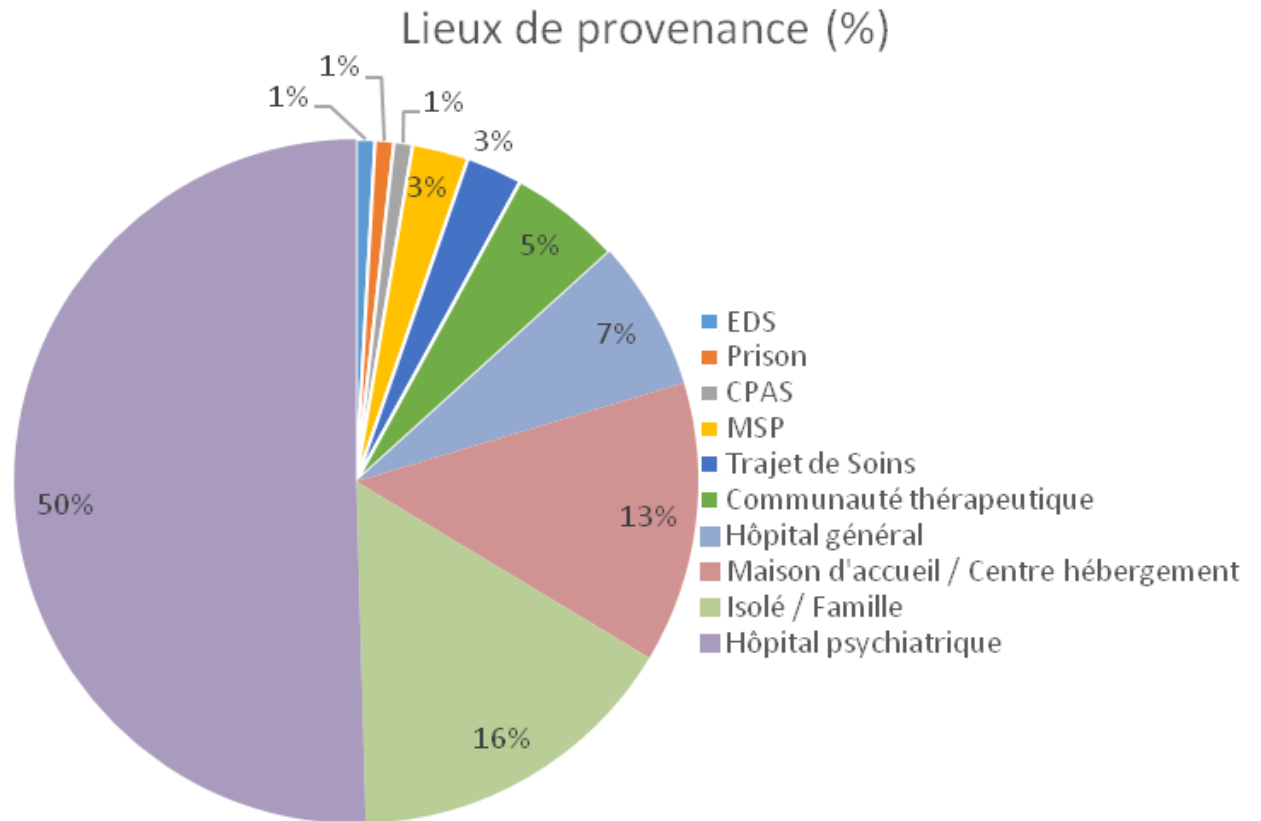


# Profils des usagers

19

Provenance de 57 % des résidants est l'hôpital psychiatrique (ou les services psychiatriques d'hôpitaux généraux).

1/3 des patients adultes est sous statut d'internement.



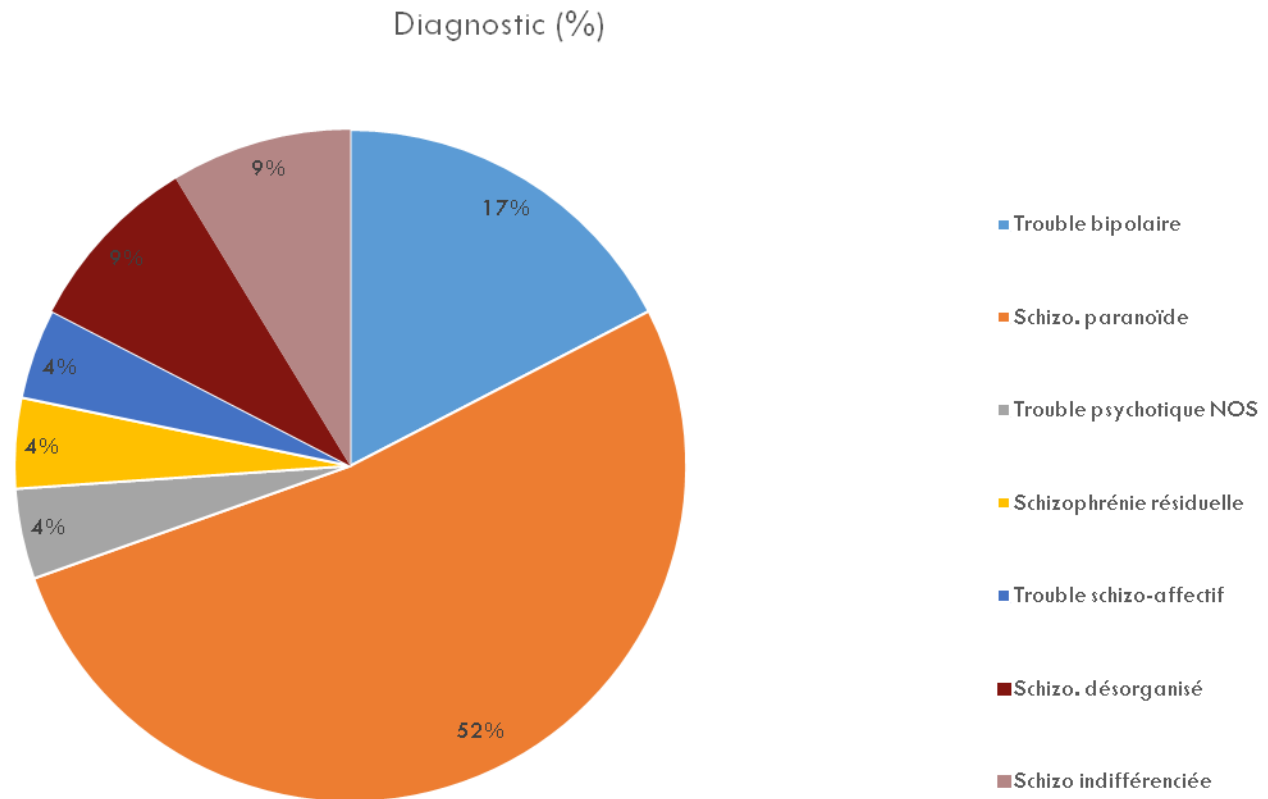


# Profils des usagers

20

La grande majorité des résidants souffre de psychose

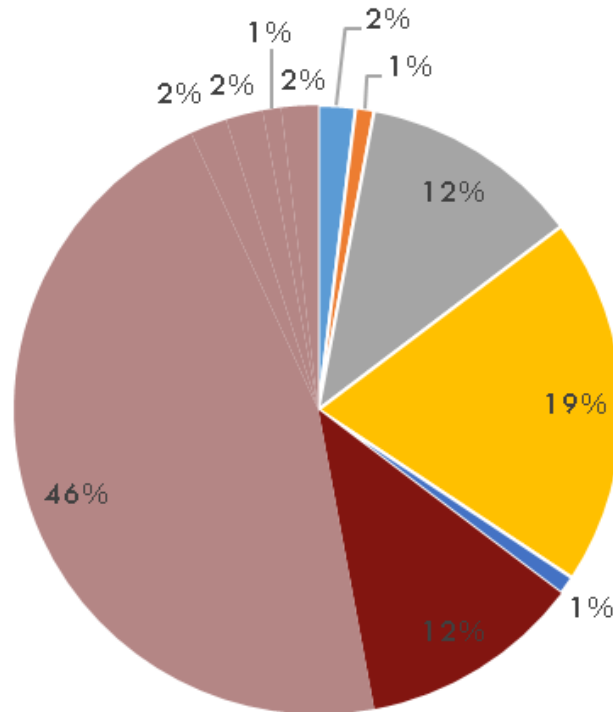
De nombreux souffrent également de troubles de l'humeur



# Profils des usagers

21

Sources des revenus (%)



Les résidants qui séjournent en IHP ont des revenus faibles.

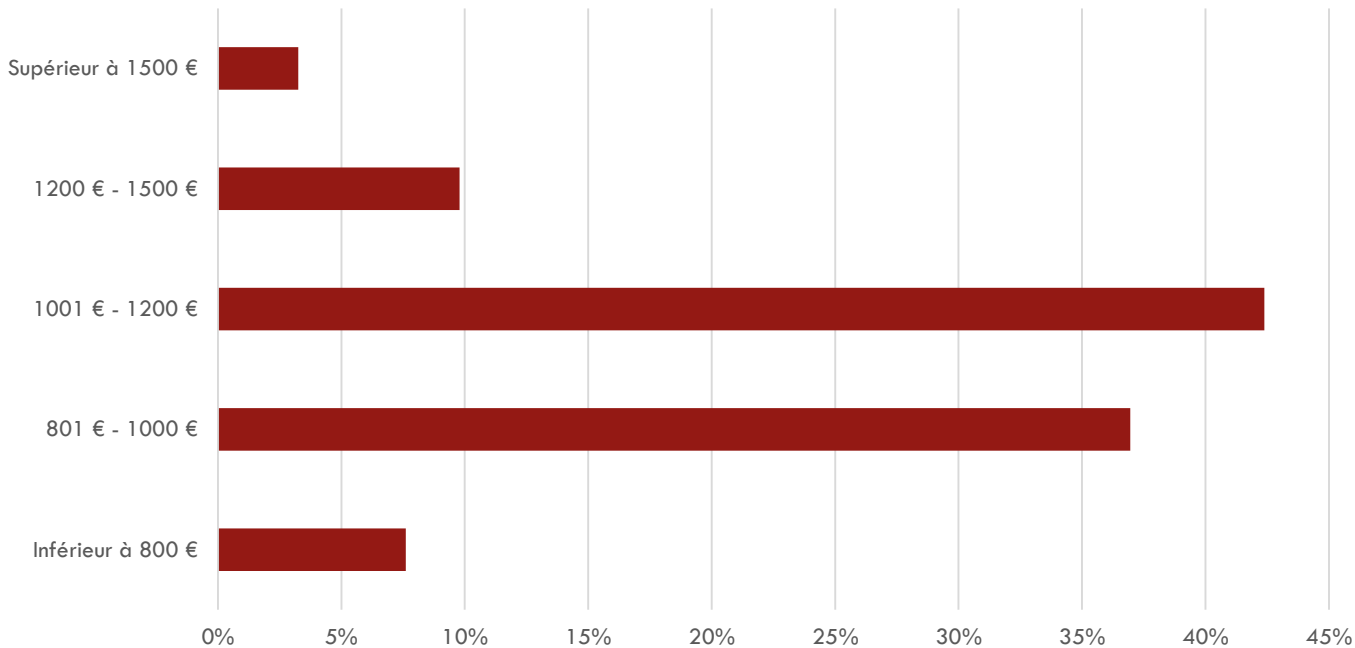
- CEE
- Pension
- CPAS
- Mutuelle
- Mutuelle + Pension
- Mutuelle + SPF SP
- SPF SP
- SPF SP + CPAS
- Chômage
- Employi + MUT
- Travail + SPF SP



# Profils des usagers

22

Montant des allocations (%)



8 % des résidants ont un revenu inférieur à 800 euros.

79 % perçoit un revenu qui oscille entre 800 et 1200 euros.

13 % de la population perçoit un revenu supérieur à 1200 euros.

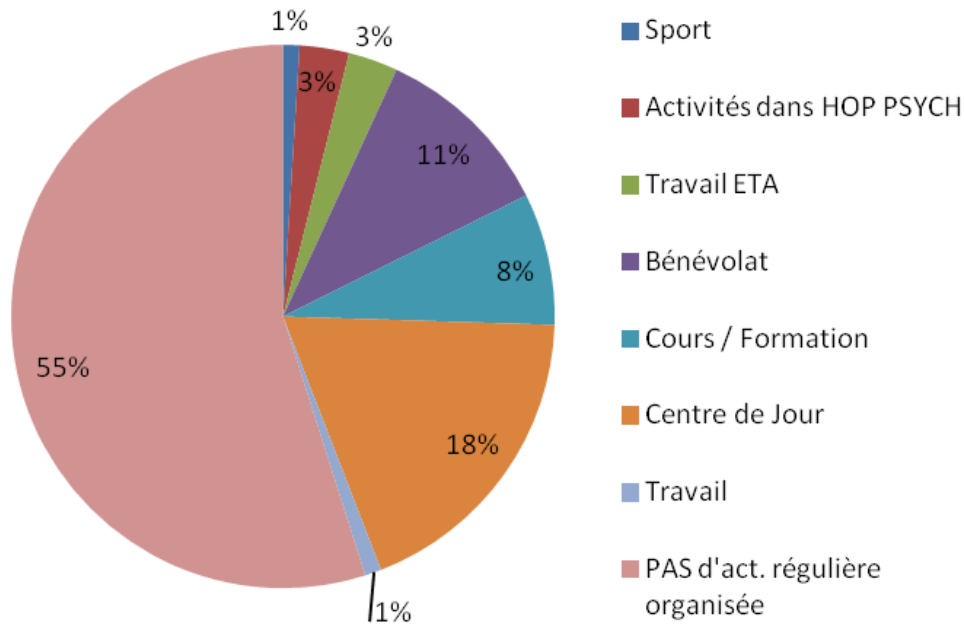




# Profils des usagers

23

Activités des résidants adultes (2015)



55 % des personnes hébergées en 2015 n'ont pas d'activité régulière

4% travaillent (3 en ETA et 1 dans le circuit classique)

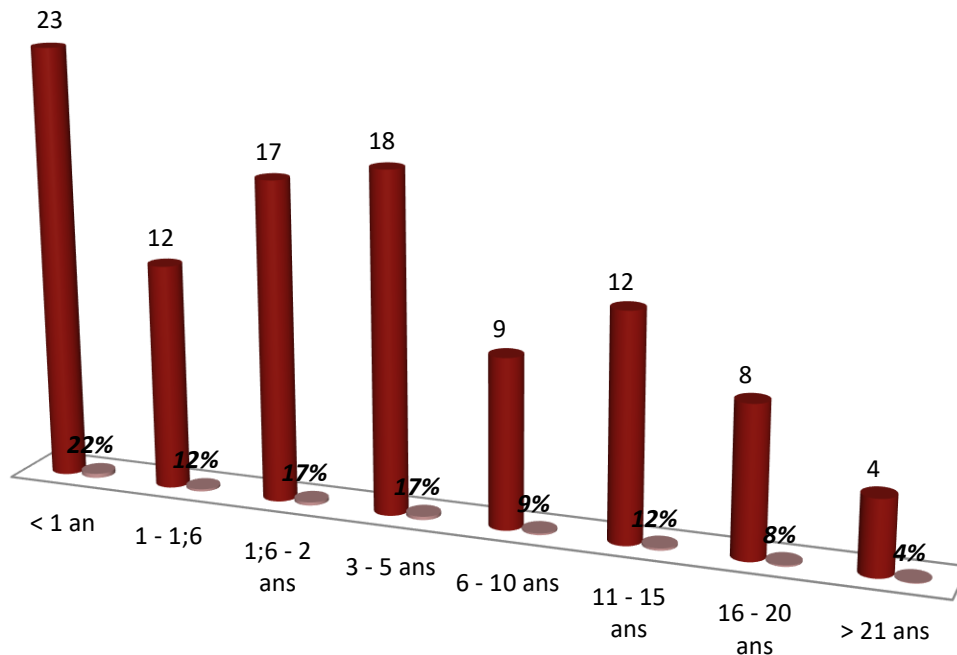
11% ont un bénévolat

8 % des résidants ont entamé une formation professionnelle.

# Profils des usagers

24

Ancienneté des résidents (2015)



Le résidant peut séjourner en habitation protégée aussi longtemps que nécessaire.

Un tremplin vers un lieu de vie non protégé pour certains. Pour d'autres elle sera un lieu de vie pour une période plus longue.

68 %, soit près de 7 résidents sur 10, séjournent moins de 5 ans.

51 % des résidents séjournent moins de 2 ans

26 % d'entre eux séjournent entre 3 et 10 ans

20 % séjournent entre 10 et 20 ans

4 % d'entre eux séjournent plus de 21 ans.

# Profils des usagers

25

|                     |                   |                    |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| < 1 an              | 23                | 22%                |
| 1 - 1;6             | 12                | 12%                |
| 1;6 - 2 ans         | 17                | 17%                |
| 3 - 5 ans           | 18                | 17%                |
| 6 - 10 ans          | 9                 | 9%                 |
| 11 - 15 ans         | 12                | 12%                |
| 16 - 20 ans         | 8                 | 8%                 |
| > 21 ans            | 4                 | 4%                 |
| <b><u>TOTAL</u></b> | <b><u>103</u></b> | <b><u>100%</u></b> |



## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

26

« I.H.P. + »

- Vise la population psychiatrique adulte très fragilisée
- Comparable à une IHP « classique », avec comme particularité que les médicaments y sont distribués et les repas fournis
- Doit s'intégrer dans une IHP classique ; un upgrade de 1 ETP/8 places doit être rajouté au cadre de personnel de l'IHP





## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

27

### « Transito »

L'IHP + « Transito » offrant un lieu de vie transitoire ainsi qu'un espace de mobilisation à l'autonomie pour le groupe cible des patients internés libérés à l'essai qui sont en attente de la disponibilité d'une place.

Ce projet doit trouver sa place dans une IHP classique ; il faut prévoir un upgrade de 0,75 ETP pour 4 places d'IHP Transito



## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

28

### Evolution en 2016 de l'IHP+ et de Transito

Les deux pratiques présentées dans le manuel en 2015 ont évolué-fusionné vers une pratique unique : **L'IHP+ Transito** qui constitue un temps de prise en charge renforcée pour les résidents internés.

Deux axes :

#### 1. Lieu de vie transitoire

Pour des usagers libérés à l'essai depuis l'AP, l'EDS ou l'hôpital et qui sont en attente de la disponibilité d'une place préalablement accordée dans une autre IHP.

Pourquoi ? Le manque de places en IHP est criant.

Les personnes sous statut d'internement sont souvent les laissées pour compte de cette situation

## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

29

### 2. Tremplin vers une formule de prise en charge classique

L'encadrement est plus soutenu en vue de renforcer les capacités d'autonomie du résidant et de préparer au mieux son séjour dans l'IHP.

Cela permet d'accepter des candidatures qui auraient été écartées auparavant.

= voie d'entrée pour les candidatures les plus « lourdes ».



## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

30

### Organisation des soins dans la formule IHP+ Transito

En + de l'hébergement et du soutien psycho-social :

- administration du traitement médicamenteux
- distribution des repas
- entretien des lieux de vie.

= soutien logistique indispensable pour ces patients moins autonomes

Et

balises pour la réappropriation progressive de la liberté hors les murs de la prison ou de l'hôpital.





## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

31

### Organisation des soins dans la formule IHP+ Transito

**IHP + Transito** s'adresse :

1. Aux nouveaux résidants : viennent le plus souvent de l'hôpital ou d'un milieu de vie très sécurisant.
2. La formule peut aussi s'adresser aux résidants qui vivent des épisodes de fragilisation psychique nécessitant un accompagnement plus soutenu.

## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

32

### Organisation pratique de la formule IHP + Transito

#### Aide à la gestion du traitement médicamenteux

- ❑ Le résidant se rend 1 ou 2 fois par jour dans un local adapté, situé à l'extérieur de son logement (maximum 200 mètres) où son traitement médicamenteux lui est administré par un membre de l'équipe thérapeutique, selon l'horaire suivant :
- ❑ En semaine : midi - souper
- ❑ Tous les dimanches : midi

|        | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | DIMANCHE |
|--------|-------|-------|----------|-------|----------|----------|
| Midi   | 11h45 | 11h45 | 11h45    | 11h45 | 11h45    | 11h45    |
| Souper | 17h45 | 17h45 | 17h45    | 17h45 | 17h45    | -        |



## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

33

### Aide à la gestion de l'alimentation

- ❑ Livraison d'un repas chaud via un service traiteur, le repas étant déposé au lieu de distribution des médicaments

### Aide à la gestion financière

- ❑ Co-gestion des comptes bancaires du résidant sur la base d'un mandat

### Aide à l'organisation de l'espace-temps :

Le lien social doit rester une voie d'entrée prioritaire vers la réhabilitation sociale de nos malades

## 2. LES PRATIQUES IHP+ ET TRANSITO DANS LE MANUEL DES PRATIQUES INNOVANTES EN 2015

34

- ❑ espace de présences et d'échanges à raison de 3 après-midi par semaine, les lundis, jeudis et vendredis de 14.00 à 17.00.
- ❑ accès libre à l'internet, un journal papier du jour, un poste de télévision et des boissons chaudes et froides, des collations
- ❑ organisation d'un groupe cuisine
- ❑ point de départ d'activités culturelles tournées vers l'extérieur – partenariat avec l'asbl « Un pont entre deux mondes » - partenariat avec « Le théâtre des Martyrs ».



# 3. FORCES – FAIBLESSES ET PERSPECTIVES

35

## Faiblesses

- Parfois compliqué pour le résidant de « sauter le pas vers une formule IHP classique ».
- Si le temps d'attente pour l'autre IHP est trop long, difficile de quitter CASMMU
- Rencontrer le résidant chaque jour de la semaine et tous les dimanches de l'année exige de l'équipe une mobilisation très active et une organisation rigoureuse
- « Case load attendu » de 90% - difficulté du respect des quotas du fait des LD (Libérations Définitives) - Paradoxe : l'évolution positive vers une stabilisation contribue à augmenter les LD → diminution du % caselaod, les résidants libérés définitivement ne pouvant plus être comptabilisés
- Les internés libérés ne quittent pas l'IHP. Le % d'internés et anciens internés est très élevé (40%) !
- Résidants stabilisés qui ne quittent pas l'IHP :
  - ❑ logements extérieurs peu accessibles et trop chers
  - ❑ crainte de quitter l'équipe avec laquelle le lien thérapeutique est établi



### 3. FORCES – FAIBLESSES ET PERSPECTIVES

36

#### Forces

- Le financement complémentaire permet l'accueil de profils plus lourds : up grade de 0,75 ETP /4 places
- Financement complémentaire de 0,50 ETP pour 10 places d'IHP
- On vise l'évolution vers une prise en charge « classique »
- L'orientation dans un 2<sup>ème</sup> temps vers une prise en charge classique et une stabilisation peuvent contribuer à une décision de libération définitive par la CPS
- Peut être envisagée comme « période d'essai » en partenariat avec l'équipe hospitalière



### 3. FORCES – FAIBLESSES ET PERSPECTIVES

- Partenariat avec AIS : mise à disposition de logements pour des résidants désireux de quitter l'IHP
- « Faciliter les projets de sortie » - envisager des collaborations avec des partenaires extérieurs – suivi par l'IHP
- Envisager des partenariats avec des SPAD en cas de sortie : suivi en binôme IHP-Spad
- Les GT « Logement » de la plateforme qui permet de nouer des collaborations et qui permet l'élaboration de projets de logements

**Merci pour votre attention**

