

## M6 - Une expérience originale : l'interface psychiatrique Siloé de toulon.

M. Timsit-Berthier<sup>a</sup>, C. Foucault<sup>a</sup>, L. Causse<sup>b</sup>, J. Garcia<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Interface Siloé, Toulon, France ; <sup>b</sup> Secteur GO1. Centre Hospitalier Toulon-La Seyne, France

### RESUME

**Introduction.** L'interface psychiatrique Siloé est un dispositif original de lutte contre les inégalités sociales de santé qui fait intervenir de façon conjointe l'Association Promo-soin, créée en 1992 par un groupe de médecins bénévoles donnant des soins à des personnes en situation précaire et le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne.

En activité depuis 1999, Siloé comprend une équipe associant personnel hospitalier et associatif. Cette équipe est pluridisciplinaire, mobile (car elle doit intervenir à proximité des lieux de précarité) et spécialisée dans l'approche de problèmes psychopathologiques. Elle a deux missions : 1) apporter une réponse directe aux troubles psychiatriques des SDF et orienter ces patients vers des structures de soins et 2) apporter un soutien aux équipes sociales travaillant sur le terrain. Par ailleurs, cette structure sert d'observatoire de la précarité.

Le but de ce travail est de décrire l'évolution de cette structure pendant 9 ans, tant sur le plan administratif que sur le plan des pratiques cliniques et sociales et de tenter une analyse critique des données obtenues.

**Matériel et méthodes.** Le récit de cette évolution a été obtenu à partir des comptes-rendus des réunions du Comité de Pilotage et des assemblées générales de l'Association. Les données numériques ont été récoltées grâce la saisie de données médicales, psychopathologiques et sociales répertoriées sur des fiches épidémiologiques.

**Résultats.** L'étude des résultats montre que malgré d'importantes difficultés (absence de psychiatre hospitalier pendant 2 ans et demi), cette structure a su remplir son rôle de prise en charge de la souffrance psychique, comme en témoigne le nombre des interventions et des personnes rencontrées et qu'elle a su établir des rapports de confiance avec ses partenaires sociaux. Par ailleurs elle a mis en œuvre des prises en charge psychologiques originales permettant une « ré-animation relationnelle », indispensable pour restaurer la capacité de mentaliser de certains exclus. Elle révèle aussi qu'il a été difficile d'orienter une grande partie de la population reçue vers les secteurs psychiatriques de l'hôpital, à la fois du fait de ses caractères particuliers et du manque de coopération de l'hôpital.

**Discussion et conclusion.** Siloé, qui se veut un lieu de santé alternatif permettant de lutter contre l'exclusion et la désaffiliation, pourrait risquer de se transformer en une simple filière parallèle de soins pour les exclus de l'hôpital si elle se contentait de pratiquer des actes médico-sociaux conventionnels sans se ré-interroger régulièrement sur le fondement éthique de ses activités,

## **1. INTRODUCTION : NAISSANCE DU PROJET**

L'interface psychiatrique Siloé est un dispositif original de lutte contre les inégalités sociales de santé qui fait intervenir de façon conjointe l'Association Promo-soin, créée en 1992 par un groupe de médecins bénévoles donnant des soins à des personnes en situation précaire et le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne (CHITS). La confrontation de ces médecins avec la souffrance psychique de cette population et leur désir d'y remédier est entrée en résonance avec l'article 67 de la Loi contre les exclusions de juillet 1998 qui y voyait un objectif prioritaire de la politique de santé de l'état.

En s'inspirant des actions entreprises par le service de Psychiatrie du Dr Vignat à Lyon (J.P. Vignat, 1997) qui avait mis en place la première « interface SDF » en France, les médecins de Promo-Soins ont invité la DDASS, les Hôpitaux et les CHRS de la région de Toulon à se joindre à leur réflexion et à élaborer un projet. Ce projet s'est articulé sur deux axes :

-Une action de proximité auprès des personnes de la rue qui présentaient des troubles psychopathologiques, avec comme mission de les ramener aux soins et de les orienter vers les secteurs de psychiatrie ou vers les médecins de ville.

-Un soutien spécialisé aux intervenants sociaux des structures d'hébergement et d'accueil.

Cette structure pouvait de plus servir d'observatoire de la précarité.

Après plusieurs mois de réunions, le projet est accepté. Il consiste à mettre en place une équipe associant personnel hospitalier et personnel associatif, équipe pluridisciplinaire, mobile car elle devait intervenir à proximité des lieux de précarité et spécialisée dans l'approche de problèmes psychopathologiques.

Ce projet est financé par la PRAPS, le Conseil Générale, le Contrat de Ville et la CPAM et suivi par un Comité de Pilotage constitué par les représentants du CHITS, de Promo-Soins et par des représentants des organismes financeurs. L'interface SDF de Toulon, nommée « Siloé », démarre ses activités le 15 décembre 1998.

Le but de ce travail est de décrire l'évolution pendant 9 ans de cette structure originale, tant sur le plan administratif que sur le plan des pratiques cliniques et sociales et de tenter une analyse critique.

## **2. METHODOLOGIE**

Le récit de cette évolution a été obtenu à partir des comptes-rendus des réunions du Comité de Pilotage et des assemblées générales de l'Association. Les données numériques ont été obtenues d'une part, par la saisie journalière des différentes activités et d'autre part, par la saisie de données médicales, psychopathologiques et sociales répertoriées sur des fiches épidémiologiques, spécialement créées à cet effet. Elles ont ensuite été comptabilisées dans une base de donnée informatisée (EXCEL puis ACCES).

## **3 EVOLUTION DE SILOÉ DE 1999 A 2002**

### **3.1 LE RECIT .**

L'équipe de Siloé, pluridisciplinaire, était constituée, début 1999 par un infirmier psychiatrique, mis à la disposition de l'interface par le CHITS, une psychologue, une assistante sociale, une secrétaire et un agent polyvalents, tous mi-temps et recrutés par Promo-Soin. Elle était coordonnée par le directeur de l'association Promo-soins, assistant social de formation avec une expérience spécifique dans le champ de l'exclusion depuis 1992. En attendant le recrutement, par l'hôpital, du médecin psychiatre elle a fonctionné pendant 8 mois avec la participation, à mi-temps, de deux psychiatres bénévoles.

Les premiers mois d'activité ont été, en grande partie, consacrés d'une part, à la mise en place de permanences au niveau de la base fixe et d'autre part, à des rencontres avec les partenaires sociaux pour trouver des modes d'articulation hors des murs de la base fixe. Les premières personnes rencontrées au cours des consultations ont donné lieu à de longues discussions en équipe afin de mieux appréhender la complexité des problèmes posés, pour lesquels aucune solution toute faite n'existait. Très vite, l'équipe s'est vu obligée de définir une éthique de fonctionnement. Il est apparu, en effet, que Siloé ne pouvait assumer les problèmes qui relevaient de l'ordre public ou de la régulation sociale. C'est à partir de la demande d'un sujet qu'il fallait organiser l'activité et non en réponse aux sollicitations des autorités. Et cette demande nécessitait pour apparaître une approche pre-thérapeutique qui paraissait essentielle.

Cette démarche tâtonnante tant du point de vue pratique que théorique est aussi illustrée par les changements géographiques de la « base fixe » de Siloé. Initialement conçue dans un lieu indépendant à la fois de l'hôpital et de l'Espace Santé Mirabeau (E.S.M.) où avaient lieu les consultations des médecins de l'Association, elle s'en est rapprochée en 2000 dans le but de faciliter le contact avec le public des exclus.. C'est ainsi que les personnes venant consulter l'équipe de Siloé ont partagé la même salle d'attente que celles qui venaient voir les somaticiens.

Cette pièce se présente d'ailleurs plus comme un « accueil » que comme une salle d'attente médicale. Il y siège des bénévoles qui, chaque jour, distribuent café et petits gâteaux à toutes les personnes qui se présentent là, consultants et non consultants.

En même temps que l'équipe de Siloé développe un travail clinique spécifique, elle participe également à un travail d'élaboration théorique en collaboration avec le réseau national « souffrance psychique et précarité » et le groupe local de réflexion du PRAPS où les intervenants sont tous engagés de façon personnelle et avec enthousiasme. En Sept 2000 un échange de pratique a lieu avec une équipe de Lille (Diogène) et des colloques sont organisés à l'hôpital de Toulon, sur le thème de l'exclusion en novembre 2000 et en décembre 2001. En 2002, Siloé est invité à parler de son expérience innovante lors de la 5<sup>ème</sup> conférence régionale de santé.

### **3.2. LES DONNEES NUMERIQUES.**

L'analyse quantitative des données obtenues lors des trois premières années d'activité de Siloé ont montré une augmentation progressive du nombre de personnes rencontrées (de 46, en 1999 à 173 en 2002) et du nombre d'interventions (de 80 la première année à 1018 en 2002).

L'étude détaillée des interventions a montré qu'à côté d'activités pratiquées auprès d'une population psychiatrique caractérisée (20 à 30% des cas environ de schizophrènes en rupture de soins et/ou en errance) pour lesquels il était impérieux de remédier à l'exclusion, une grande partie des activités se faisait auprès de personnes en grande précarité pour lesquelles il s'agissait surtout d'établir un lien relationnel afin de prévenir une décompensation psychopathologique

Par ailleurs, l'étude du suivi des personnes rencontrées faisait apparaître de façon manifeste les difficultés à faire passer les prises en charge de Siloé vers l'hôpital ou vers médecins de ville. En effet, plus de 80% des personnes rencontrées restaient à charge de Siloé et seulement 7 à 8% d'entre elles acceptaient de prendre contact avec l'hôpital ou la médecine de ville.

Ces données montraient ainsi que Siloé ne remplissait pas vraiment un rôle « d'interface ». Cette réalité pouvait s'interpréter à la lumière de la situation de la psychiatrie publique en France et particulièrement dans le Var : Saturation des CMP liée au manque de temps médical et saturation des urgences psychiatriques de l'hôpital, peu disposé à recevoir une population de SDF ; suppression de toutes les structures d'Addictologie ; manque de collaboration d'une partie des psychiatres hospitaliers vis-à-vis d'une structure qu'ils jugeaient incontrôlable.

Elle était due également aux particularités de la population, souvent peu collaborante et intolérante aux impératifs sociaux.

## **4. ÉVOLUTION DE SILOÉ DE 2003 À 2008**

### **4.1 : LE RÉCIT**

Les difficultés rencontrées par Siloé dans son action de santé mentale à Toulon ont été exprimées dans les différents rapports d'activité présentés chaque année et dans les réunions du COPIL. Trois problèmes étaient régulièrement soulignés :

- La difficulté à trouver des solutions immédiates pour les SDF, malades mentaux, qui troublaient l'ordre public. Et souvent, il existait une incompréhension des partenaires administratifs, sociaux et médicaux par rapport au rôle de Siloé qu'ils voulaient considérer comme un SAMU psychiatrique

- La difficulté à assumer des suivis très lourds de personnes rejetées par le système hospitalier.

- Les relations assez problématiques avec les personnels des centres d'Accueil. Certes la présence de Siloé les rassurait. Mais, d'un côté, leurs demandes d'interventions étaient le plus souvent formulées dans l'urgence car les ils avaient des difficultés à anticiper des problèmes de comportement chez les accueillis. Et, de l'autre, la présence physique régulière du psychiatre ou du psychologue engendrait un vécu d'intrusion perturbant la dynamique des équipes.

En septembre 2002 une nouvelle proposition est présentée au Comité de pilotage et dès 2003, la DDASS décide de renforcer les moyens d'action de Siloé en y augmentant les temps infirmier et psychologique. Une nouvelle convention entre le CHITS et l'Association est signée en 2005, prévoyant l'activité d'un psychiatre plein-temps. Les nouveaux objectifs de cette convention concernaient d'une part la mobilité de l'équipe qu'il s'agissait d'améliorer, et d'autre part son champ d'action qu'il fallait élargir par des interventions auprès de populations à logement précaire non suivies par les secteurs.

La mission des infirmiers était d'intervenir à deux niveaux différents : par des soins directs auprès de publics précaires et par des relations indirectes avec un travail auprès des partenaires accueillant ce public. On leur demandait d'innover par rapport à la pratique des CMP en allant au-devant du public et en proposant des formes de travail thérapeutique originales.

Le premier de ces infirmiers commence à intervenir le 1er° janvier 2003, et dès 2006, l'équipe de Siloé comprend quatre infirmiers, plein-temps.

L'assistante sociale, à côté d'activités conventionnelles telles que les constitutions de dossiers et les courriers, a développé, elle aussi, des activités itinérantes en accompagnant les personnes dans leurs démarches et en leur permettant ainsi de « raccrocher » à une prise en charge sociale souvent éparpillée entre de multiples intervenants.

La psychologue, plein temps à partir de 2003, a mis en place des permanences pour l'accompagnement psychologique des personnes et a développé les interventions extérieures avec les différentes structures partenaires. À mesure que s'élargissaient les champs d'interventions de l'équipe infirmière en direction des divers intervenants sociaux, ses activités sont devenues plus spécifiques et plus différenciées. Ainsi, devant la difficulté de certaines personnes à restaurer leur capacité à mentaliser et à verbaliser, elle a proposé des voies nouvelles d'accompagnement psychologique par l'entremise d'activités physiques et artistiques, première étape de cette « ré-animation relationnelle ». Elle a aussi développé des ateliers collectifs d'expression intégrant divers supports (écriture, mise en scène, jeux...) La régularité de ses actions inscrites dans le temps essaye de faire trace, et ainsi d'historiciser un peu leurs parcours comme nous, qui historicisons aujourd'hui le nôtre.

Le médecin psychiatre n'a pu se restreindre à un rôle traditionnel en recevant un public préalablement sélectionné par l'équipe infirmière avec des objectifs précis de mise au point diagnostique, de délivrance de traitement médicamenteux ou encore de rédaction de papiers administratifs. Dans la mesure où il a été confronté à une population très hétérogène, qui se laissait mal classer par la nosologie psychiatrique, il s'est vite situé « hors-cadre », contraint à inventer une nouvelle clinique, une nouvelle manière de donner des soins, du temps et du sens ( JP Courcelles et C. Di Giulio ( 2001) . S.Quesemand-Zucca (2000)). Cette situation a provoqué des tensions avec les secteurs psychiatriques toujours saturés de demandes et avec des exigences de gardes et de consultations toujours plus grandes. Ces tensions ont abouti à l'absence de tout psychiatre hospitalier pendant 2 ans et demi. L'équipe a alors travaillé de nouveau avec un psychiatre bénévole de l'association

## **4.2 EVOLUTION QUANTITATIVE**

### **4/2/1 Nombres d'interventions :**

L'évolution de l'activité de l'équipe médico-sociale de Siloé au cours des 6 dernières années est représentée par le tableau suivant. :

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre d'interventions	1018	1500	2331	3327	3400	3494

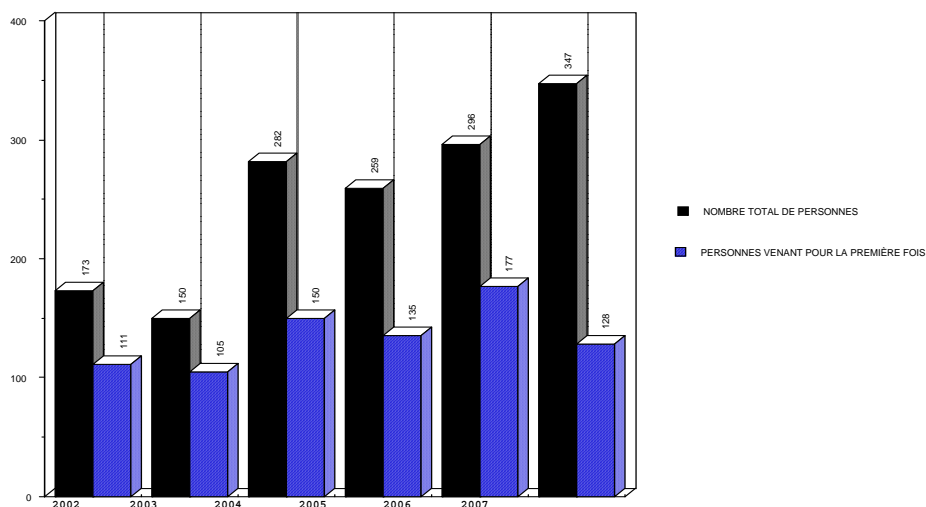
Ce schéma montre l'augmentation progressive des interventions au fur et à mesure que l'équipe se renforce. Dès 2005, avec l'arrivée des nouveaux infirmiers, l'équipe assure plus de 3000 interventions par an. Ces interventions se font sur signalement des collectivités territoriales (Conseil Général, DDASS, Mairie, CCASS), et parfois de particuliers et à la demande des différents intervenants sociaux. Au fil des ans, celles-ci se font de plus en plus souvent à l'extérieur de l'Espace Santé Mirabeau ( Près de 30% du temps infirmier est ainsi consacré à ces activités extérieures à la base fixe).

#### **4.2.2. Population rencontrée**

Le nombre de personnes rencontrées a également progressé au fil des ans. Mais il y existe une grande constance dans les caractéristiques de cette population. Elle est masculine (74,2 +/- 4% d'hommes), jeune (en moyenne, 60% a de 26 à 45 ans)), de nationalité française (80,2 +/- 3%). La moitié d'entre elle est soit SDF, soit en foyer d'urgence, un quart vit en CHRS, un quart en habitation précaire. 80% des personnes rencontrées ont des droits sociaux, mais n'en profitent pas.

De 173 personnes rencontrées en 2003, on est passé à 347 personnes en 2007. Ce chiffre reprend aussi bien les cas suivis de façon régulière que les nouveaux cas. Et lorsqu'on répertorie le nombre de nouveaux cas vus chaque année, on est frappé de constater la relative stabilité de ce chiffre comme l'atteste le schéma suivant (134+/-27 avec comme valeur extrême 111 en 2002 et 177 en 2006).

NOMBRE DE PERSONNES RENCONTRÉES



Ces chiffres confirment l'impression clinique partagée par toute l'équipe selon laquelle il est bien difficile « d'orienter » vers les secteurs psychiatriques ou des établissements spécialisés une partie de la population reçue, population qui accepte mal les médicaments psychotropes et pour lesquels les aménagements continuels et patients de la relation sont les seuls moyens thérapeutiques. Mais on peut aussi penser que ces chiffres représentent l'activité de Siloé de façon trop statique, ne prenant pas assez en compte le facteur « temps ». Et, la nécessité de présenter un bilan annuel pour renouveler le budget de l'Association ne correspond pas forcément au temps de l'évaluation clinique qui devrait porter sur 2, 3 ans ou davantage.

## 5. COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

L'étude de l'évolution de l'activité de Siloé depuis 1999 en référence aux différentes missions qui lui ont été confiées permet de faire les constatations suivantes :

Cette structure a bien rempli son rôle de prise en charge de la souffrance psychique, comme en témoigne le nombre des interventions et des personnes rencontrées. Et, dans la majorité des cas, il s'agit d'une prise en charge globale, à la fois sociale, somatique et psychologique puisque l'association Promo-soins rassemble dans le même lieu ces différents services.

Bien qu'il n'y ait pas de données chiffrées sur le suivi à long terme des personnes rencontrées, il semble que Siloé parvienne à remettre dans un circuit institutionnel environ une personne sur trois, en 2 à 3 ans en moyenne. En tout cas, dans la très grande majorité des cas, l'équipe parvient à « limiter les dégâts » pour la personne même et pour ses proches, intervenants sociaux, et éventuels interlocuteurs judiciaires, ce qui s'est traduit par une diminution des hospitalisations sous contraintes effectuées dans la rue au cours de ces dernières années et par une diminution des recours itératifs effectués par ces publics après des services d'urgences.

Dans son action de partenariat et de soutien aux équipes sociales, les résultats sont aussi manifestes : la confiance s'est établie avec le temps, un dialogue s'est institué et les demandes sont souvent mieux cadrées. La stabilité de l'équipe de même que ses qualités personnelles y ont joué un grand rôle.

Dans son activité d'observatoire de la précarité, des résultats tangibles ont été obtenus. Le souci de l'association de rendre compte, de façon claire, chaque année, de ses activités y est pour beaucoup. Par ailleurs, de nombreux stagiaires infirmiers et assistants sociaux fréquentent Siloé afin de prendre connaissance des problèmes particuliers présentés par cette population et le ministère de la santé relayé par la DRASS et la Faculté de Médecine de Marseille a reconnu Promo-soins, comme organisme formateur depuis 2004.

Malgré ces résultats, bien des difficultés persistent et une des principales se situe dans l'articulation de Siloé et l'hôpital. Ainsi, la pharmacie de l'hôpital, malgré les termes de la convention, n'a toujours pas accepté de fournir à Siloé les médicaments nécessaires à son fonctionnement, médicaments fournis jusqu'à présent par l'Association « Pharmacie humanitaire

internationale' ». Mais, c'est surtout avec les secteurs de psychiatrie que les relations sont très difficiles. L'équipe infirmière n'y est pas encore repérée et quand elle est repérée, elle n'est ni reconnue, ni valorisée à la hauteur de ses compétences spécifiques. La coordination avec le service des urgences a du mal à se faire. L'hospitalisation dans un service psychiatrique est presque impossible et paradoxalement plus facile à réaliser avec certaines cliniques privées.

Par ailleurs, du fait des moments difficiles qu'elle a traversés et en particulier de l'absence de psychiatre hospitalier pendant deux ans et demi, l'équipe de Siloé a été fragilisée dans son fonctionnement et a vécu une sorte de court-circuit de la pensée qui ne lui a pas permis de continuer à s'interroger sur son éthique de fonctionnement. Il s'agit peut être là d'un problème général de notre société qui a de plus en plus tendance à transformer en simples questions de procédures ou de techniques les véritables problèmes éthiques posés par les souffrances psychiques et la grande pauvreté (B. Tardieu 2007). Or, sans cet effort constant de réflexion et de remise en question de la part de l'équipe, sans désir d'inventer de nouveaux possibles (B. Tardieu 2007), Siloé, qui se veut un lieu de santé alternatif et de lutte contre l'exclusion et la désaffiliation, risque de devenir une simple filière de soins parallèle pour les exclus des secteurs, une structure qui en fin de compte risquerait de renforcer l'exclusion.

#### RÉFÉRENCES

- J.P. CourcelleS, C.Di Giulio (2001) « Prise en charge des troubles psychiques dans une population d'exclus : l'expérience de l'équipe d'interface psychiatrique Siloé » *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 47, p. 24-30.
- S.Quesemand-Zucca (2000) « Notes d'une psychiatre sur la clinique de la rue ». *Champ psychosomatique*, 20, p. 113-120.
- B. Tardieu (2007) « La médiation sociale : invention tâtonnante de possibles » in J.L Le Moigne, E. Morin (Ed) *Intelligence de la complexité. Épistémologie et pragmatique. Colloque de Cerisy*. Paris : Édition de l'Aube p. 277-289.
- J.P Vignat (1997) « Projet de recherche intégré à la mise en place d'une équipe interface S.D.F. sur la ville de Lyon », 9, p.64-69.