

La demande d'HDT portée par l'intervenant social : matière d'humanité

Camille Bouvier,
Responsable Adjointe
des Accueils de jour du
Foyer Notre Dame des
Sans-Abri, Lyon

Avec l'augmentation du nombre de personnes à la rue ayant des troubles psychiques, les intervenants des accueils de jour ont tendance à s'habituer à cette souffrance. « C'est normal que Mr X crie tout seul, que Mme Y se tape la tête contre les murs et que Mr Z dise être persécuté toute la journée ... » Ne pas banaliser, ne pas s'habituer à cette souffrance qui fait partie de notre quotidien reste, pour nous les accompagnants, un enjeu majeur.

La demande d'une HDT¹ est pour moi un acte humain qui signifie à la personne que je ne peux plus accepter de la voir souffrir autant. C'est aussi une manière de lui dire que je crois en elle et qu'elle peut être différente de celle que je vois devant moi.

Après avoir été à l'initiative de plusieurs HDT, je constate des effets positifs et un mieux-être pour les personnes. Certaines d'entre elles ne se souviennent plus de ce qui s'est passé, d'autres remercient le service d'avoir fait cela pour elles : « merci, je n'étais pas dans mon état normal ».

Lors des périodes de crise, les personnes sont souvent très éclatées et cherchent vraiment à être contenues. Par exemple, certaines n'ont plus aucune notion des lieux, du temps, de l'espace..., pourtant elles parviennent à venir à l'accueil tous les jours ! D'autres tentent de nous faire « peur » en nous racontant des histoires violentes comme pour nous mettre en garde de ce qu'elles seraient capables de faire (insultes, violence...) On entend alors que derrière cette « provocation » se cache un réel appel au secours. Ces personnes sèment des « SOS » un peu partout où elles passent. Curieusement, je me suis rendu compte qu'elles ne les semaient

que là où elles avaient confiance. J'ai vu des gens délirer à l'accueil de jour et se tenir à peu près correctement dehors.

Lorsque nous saisissons cet appel et que nous décidons de mettre en place ce soin sous contrainte, il nous est nécessaire d'être cohérents et en phase au sein de l'équipe. Ce n'est qu'une fois que l'équipe est porteuse de ce projet que l'on peut téléphoner au médecin et à la police.

Cette décision portée par les acteurs de terrain passe aussi par une certaine « fermeté ». Faire sentir à la personne qu'on a fait le choix pour elle et que l'on a pris la décision l'apaise. Comme cette dame qui prend son sac à main pour aller à l'hôpital en me disant « *puisque je n'ai pas le choix...* ». D'ailleurs, je suis toujours frappée de voir à quel point les personnes se calment en voyant arriver la police et l'ambulance : on les sent tout d'un coup apaisées et non apeurées d'être contenues et de ne pas avoir la possibilité de fuir. J'ai souvent vu des personnes se recroqueviller quand elles se voient entourées par la police et le corps médical et présenter elles-mêmes leurs poignets pour qu'on leur mette les menottes (cela, il est vrai, peut aussi signifier une soumission à l'autorité). A l'arrivée de la police ou du médecin, il est important qu'en tant que tiers je donne une explication à la personne malade. Tout d'abord, je suis porteuse de l'inquiétude de l'équipe et du changement que l'on a pu remarquer. « *Non, Mr X, vous n'êtes pas comme d'habitude* ». Au nom de notre relation, je peux me permettre de lui renvoyer cet état de fait : « *vous savez que je vous connais et je ne vous ai jamais vu comme ça* ». Témoigner de ce changement est une manière pour moi de remettre la personne en situation de confiance dans la continuité de la relation. C'est important de lui montrer qu'on ne la réduit pas au simple trouble qu'elle a pu causer à la

structure ou à elle-même. Ce n'est pas un rapport de force qui se joue, mais bien un contenant bienveillant qui s'installe.

Il y a enfin la confiance que je peux moi-même avoir en l'hôpital accueillant. Je ne suis jamais très à l'aise de signer cette demande ; cela comporte des risques, et à ce moment là je m'engage personnellement. Les malades partent assez souvent de l'accueil de jour avec un regard rempli d'incompréhension, de violence, de déception... A ce moment précis, il faut que je sois en alliance avec l'hôpital parce que ma relation de confiance avec eux est en jeu. Même si je suis persuadée et convaincue de la pertinence de cet acte, il n'en reste pas moins que le dernier certificat sera signé par un autre humain, un médecin qui aura sa propre perception de la réalité. Nos points de vue peuvent alors se confronter et aboutir à un désaccord. La baisse du nombre de salariés dans les hôpitaux ainsi que la fermeture de lits conduisent à un accueil beaucoup plus aléatoire et qui a des conséquences sur les HDT que je demande (ou pas).

Dans la conjoncture actuelle, je reconnais avoir de plus en plus de réticence pour prendre le risque d'essayer un refus. Certaines de mes orientations ont abouti à un rendez-vous en CMP², c'est-à-dire à une défausse du problème, à du virtuel. Pourtant nous savons que différer la demande de soin, même à court terme, n'a aucun sens pour une personne à la rue et conforte souvent la personne dans son « *je vous l'avais dit que je vais bien* »...et creuse le fossé qui nous sépare.

Avoir des points de vue différents, sans disqualification de l'un ou de l'autre, reste toujours une exigence difficile mais importante à tenir, et ce pour les accompagnants sociaux comme pour les médecins. ■

¹ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

² Centre médico-psychologique