

« SDF retraité » : un impensé social

SDF est devenu un acronyme. La figure type qui en émane est souvent celle qui impressionne le plus : celle d'un être informe, instable, malodorant et sans regard, que l'on évite sur les trottoirs des villes. Déchu et désocialisé, il fait peur. Tel un effet miroir, tel un autre soi possible. C'est un « *individu en négatif* ». Or SDF reste une désignation administrative. Elle englobe une grande variété et continuum de situations de (mal) logement et autant de statuts d'occupation. Aussi, de quoi et de qui est-il question, quelle est l'ampleur du phénomène quand on parle de vieillissement des SDF ?

Sophie Rouay-Lambert,
Urbaniste sociologue

Professeure de sociologie, Faculté de sciences sociales et économiques (FASSE) de l'Institut catholique de Paris (ICP)
Membre de l'unité de recherche « Religion Culture et Société » (EA 7403)

Selon que l'on considère les 140 000 personnes « *sans domicile* » (INSEE, 2015) qui recouvrent déjà des situations diverses (adultes, familles, jeunes, migrants ; à la rue ou en hébergement), ou les 4 millions de personnes mal logées ou sans domicile, ou encore les 15 millions de personnes touchées de près ou de loin par la crise du logement (Fondation Abbé Pierre, 2018), les questions relatives au vieillissement des SDF ne s'envisagent pas de la même manière.

On va ici porter notre attention sur la frange extrême des personnes obligées de passer par une acculturation de leur vie errante pour reconquérir un statut social reconnu - retraité - et à qui l'on propose, in fine, comme solution pérenne, d'intégrer un EHPAD.

L'ACCUEIL DE SDF VIEILLISSANTS : UNE CHARGE OU UNE CHANCE ?

Le vieillissement des SDF est encore un impensé social. Un impensé à l'instar des travailleurs immigrés « *que l'on n'envisageait pas sans leur bleu de travail* ».

Cet impensé oblige à réfléchir urgemment leur accueil car c'est un phénomène croissant du

fait de l'évolution conjointe des courbes démographiques (baby-boomers devenus papy-boomers), des conditions socio-économiques depuis les Trente Glorieuses (crises diverses et accentuation des inégalités sociales désignées par les « *quarante honteuses* ») et de l'amélioration de la prise en charge des personnes sans abri et SDF (démultiplication des dispositifs de solidarité et d'urgence sociale). Comment penser l'accueil et l'accompagnement d'une population errante survivante, en partie désocialisée, et prématurément vieille ? Le vieillissement des personnes SDF soulève autrement les questions des histoires et des habitudes de vie, d'autonomie et de dépendance, de rapports à la famille et aux proches, d'âge et de genre, de pathologies et d'addictions, de rapport aux institutions, aux attentes et aux projections. Tout ce qui touche à l'identité personnelle et sociale et à la place qu'occupe l'individu dans la société - tels les rapports à soi et au corps, au temps et à l'espace, à la norme et à la règle, à autrui et au collectif - est à envisager autrement, car certains repères - sinon tous - sont bouleversés dans une plus ou moins grande mesure et à plus ou moins long terme. On peut l'envisager comme une charge supplémentaire par rapport aux questions que pose déjà le vieillissement de la population globale. En découle alors un choix à faire entre : concentrer leur accueil dans des EHPAD spécialisés pour anciens SDF, ou alors penser un accueil dispersé en EHPAD de droit commun. Des tentatives sont à l'œuvre dans l'un et l'autre cas, dont il conviendrait d'établir



un bilan. Cette seule alternative apparaît peu satisfaisante entre la stigmatisation sociale que suscitent les premiers et le sentiment d'exclusion individuelle sur lequel peuvent déboucher les seconds. Dans tous les cas, la méconnaissance des modes de vie et des représentations sociales des SDF floute les contours des missions et des responsabilités des personnels des EHPAD, et rend difficile le relationnel au quotidien entre les résidents, et entre eux et le personnel des dits EHPAD.

On peut aussi envisager cette nouvelle situation comme une chance, telle une opportunité pour revisiter le vieillissement, l'autonomie et la dépendance ; plus largement la place de chacun dans une société où nombre de personnes en situations atypiques, de handicap et/ou marginales entrent en grand âge. A-t-on d'ailleurs le choix ? Telle la pointe d'un iceberg, le cas des SDF oblige autant à reconsidérer les espaces et les pratiques d'accueil, de soin et d'accompagnement, qu'à réviser la formation et les profils des équipes aujourd'hui non adaptées aux situations inédites.

UNE ACCULTURATION CONSTANTE DES SDF

Quand se présente l'éventualité d'une entrée en EHPAD, les personnes SDF sont déjà inscrites dans un processus dit d'insertion. Mais d'insertion dans quoi ? Durant la longue phase de reconquête de leur identité personnelle et sociale (CNI, allure corporelle, historique administratif, etc.), elles passent d'administrations en associations en hébergements divers, alternant parfois avec des retours à la rue. Ces démarches contraintes participent de leur acculturation des milieux de la rue et d'une resocialisation dans les milieux de l'aide sociale. Elles arrivent donc en EHPAD après des années d'errance administrative, ballottées entre les formes d'hébergement de toutes sortes et de durée et qualité variables. L'EHPAD, lieu de retrait social par excellence, n'est pas forcément vécu comme "la" solution d'insertion privilégiée pour ceux qui, malgré leur état de santé, conservent une vie sociale, amoureuse et sexuelle active, des envies de sortir ou recevoir, et des habitudes totalement incompatibles dans une institution collective, réglée et

normée. Ils sont dès lors tiraillés entre le souvenir magnifié de la liberté (relative) de la marge et le confort (relatif) d'une « *institution totale* ». De multiples décalages se réaffirment et amplifient les difficultés auxquelles les anciens SDF et les personnels sont confrontés.

1) La différence prégnante entre l'âge biologique et l'âge biographique - « *trop vieux pour la rue et trop jeune pour la maison de retraite* » - résume bien le problème de fond et ses multiples conséquences dont voici quelques exemples :

→ partager quotidiennement sa chambre et ses repas avec des personnes appartenant à la génération des parents âgés génère une violence symbolique et existentielle qui porte atteinte à leur identité encore fragile ;

→ l'ennui en institution se fait d'autant plus insupportable qu'ils étaient très actifs dans la quête quotidienne de nourriture, d'un endroit sécurisant pour dormir et se laver ;

→ leur rapport particulier au temps (inscrit dans un présent perpétuel ritualisé) et à l'espace (projection et repérage réduit aux activités et lieux de survie) les freine dans leurs relations et activités sociales ;

→ obligés d'avoir quitté leur vie marginale pour des raisons de santé, les anciens SDF conjuguent des pathologies somatiques, psychiatriques et addictives qui compliquent la prise en charge et s'amplifient lorsqu'ils se (re)posent dans un logement pérenne tel un EHPAD. Une distinction s'impose entre les hommes et les femmes sur la nature et la gravité des traumatismes respectivement vécus avant et pendant leur errance.

→ devenus « *retraités* », ce statut social enfin valorisant leur permettant de reconquérir, non sans péripéties, (risque de rupture et de fuite à la rue) les liens perdus avec leur propre famille se heurte à la représentation dépréciative véhiculée dans la population globale, etc.

Isolement, altercation et violence à l'encontre du personnel, des résidents, ou d'eux-mêmes, comportements déviants provoquant volontairement ou non l'éviction, fugues, ... font partie du quotidien à gérer pour les équipes confrontées éga-

lement à une surmortalité ou à des réactions thérapeutiques négatives.

2) Une autre lecture du rapport à l'autonomie et l'(in)dépendance se joue ici. Ce sont des personnes qui ont (sur)vécu en se débrouillant seules, ou en petit groupe avec l'appui ponctuel ou régulier de commerçants ou résidents de proximité. Face aux contraintes multiples, elles ont développé des stratégies de négociation et d'adaptation démontrant leur capacité à se gérer et se gouverner, mais dans un schéma marginal et déviant socialement non reconnu. Partiellement indépendantes puisqu'habituees à vivoter en marge de la société - alors même que toute personne intégrée est socialement, politiquement et économiquement dépendante puisque c'est la nature même du lien et du contrat social - leurs conditions de vie les ont rendues prématurément très dépendantes de soins au corps qu'elles négligent par ailleurs. Ce sont des personnes pour qui dire « *non* » reste la seule marge de liberté et d'autonomie par rapport à un cadre de contrainte, même s'il relève du soin.

UNE NÉCESSAIRE ACCULTURATION DES INSTITUTIONS FACE AU VIEILLISSEMENT

Les acteurs privés et publics en présence restent encore démunis face au vieillissement des SDF qui s'adjoint au vieillissement en général d'une génération nouvelle de retraité(e)s qui refuse de plus en plus les modèles (dé)passés des EHPAD. Les facultés d'adaptation multiples et de survie dans une société peu hospitalière sont à considérer comme autant de compétences, de fenêtres d'imagination sur d'autres habitats et de leviers d'intégration dans un monde qui change pour tous. Du fait de l'évolution des sociétés, des mobilités choisies ou subies, des échanges culturels et culturels et des échelles de socialisation (locales/mondiales/virtuelles), de plus en plus de situations atypiques et complexes se présentent aux guichets des services sociaux. Toutes ces perceptions différentes, provenant de ce que l'on nomme les marges, nous invitent à changer quelque peu de perspective dans notre rapport à l'autre et sur la place de tous dans une société plus ouverte et tout à la fois inclusive. Un changement de regard et de modèles est plus qu'urgent à opérer. <