

# MEME LES EXCLUS VIEILLISSENT... QUELLES STRUCTURES D'HABITAT POSSIBLES ?

Jeudi 17 octobre 2002 - Centre Hospitalier St Jean de Dieu Lyon 8ème

## INTERVENANTS

Michel BON, psychiatre et responsable de *l'Interface SDF ( projet du Dr Jean-Pierre Vignat )*

*Hôpital Saint Jean de Dieu, Lyon*

### Mission de la structure :

Favoriser l'accès aux soins dans les structures de droit commun.

Ainsi l'Interface SDF intervient en :

- Réaménageant l'offre de soin
- Proposant une aide à l'orientation vers les structures de soins
- Aidant les institutions à améliorer leurs réponses et à mieux entendre la demande des exclus.
- en instaurant et un développant des liens avec les structures sociaux-associatives

### Fonctionnement :

Unité mobile de psychiatrie de liaison intervenant sur les territoires fréquentés par les grands exclus : rue, structures d'accueil...

Sylvie ZUCCA, psychiatre, psychanalyste, vacataire  
au Réseau Souffrance et Précarité, équipe du Dr Xavier Emmanuelli,  
*Hôpital Esquirol, Paris*

### Objectifs du réseau :

Répondre à la demande des professionnels (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...) aussi bien que des institutions (foyers, centres d'accueil, hôpitaux...).  
Proposer des solutions d'urgence qui favoriseront l'entrée des personnes en

souffrance psychique dans les dispositifs de droit commun, en offrant un accueil et une orientation appropriés.

Mission de la structure :

Cellule de coordination entre les services psychiatriques et le Samu Social de Paris

Elle apporte :

- un soutien psychologique aux personnes vivant en situation de grande exclusion
- une aide à l'orientation vers les structures de soins
- un renfort aux équipes de secteur
- une instauration et un développement des liens avec les structures sociales associatives

Fonctionnement :

Equipes mobiles « psychosociales » travaillant de jour comme de nuit, en complémentarité avec les équipes du Samu Social.

Christine ASTRUC, coordinatrice et responsable du projet  
*« De l'errance à l'entrée en institution »,  
Maison de Retraite Saint Jean de Dieu, Marseille.*

Projet d'intégration des SDF vieillissants fréquentant les structures d'accueil d'urgence de Marseille.

- Travail en partenariat avec ces structures, pour la préparation psychologique et sociale des postulants.
- Intégration progressive.
- Assouplissement des règles institutionnelles.
- Formation du personnel.
- Adaptation de la structure d'accueil.

## **Intervention du Docteur Michel BON Psychiatre**

*L'Interface S.D.F.*, Lyon

On retrouve toute la problématique des personnes vieillissantes en exclusion dans ces interviews. (*\* Les petits frères des pauvres et le C.R.I.A.S. ont réalisé un micro-trottoir. Des extraits d'interviews de S.D.F., rencontrés dans les rues de Lyon, ont été diffusés en préalable à la conférence*)

Pour ma part, je vais vous lire la problématique qui m'est venue sous les doigts, sur le clavier. Quand *Les petits frères des pauvres* et le *C.R.I.A.S.* m'ont proposé ce sujet « *Même les exclus vieillissent* », ils m'ont demandé : « *Ça t'intéresse ?* » J'ai dit « *Oui* », parce que je n'y avais pas réfléchi.

Donc j'ai commencé à écrire : « *Même les exclus vieillissent ?* ».

Puis, j'ai écrit : « *Même les exclus vieillissent !* ».

Je me suis dit : « *Connaissant les caractéristiques des grands exclus, des grands S.D.F., comme on les connaît, nous, on se dit rapidement que cette question du vieillissement, c'est un questionnement...* ».

Ils ont cette non-conscience de la mort qui les anime perpétuellement. Et en ce qui concerne la mort, il y a une autre notion qui m'est revenue à ce moment-là et sur laquelle j'ai associé. C'est à propos de l'introduction de Jacques LACAN au séminaire de Louvain, il y a déjà quelques années. C'était Jacques LACAN, ce grand psychanalyste qui était payé à la minute. Il a dit : « *Vous allez tous mourir* ». Il a imposé un quart d'heure de silence.

Il était payé pendant ce temps-là, et il a dit : « *Vous le savez* ».

Et il a imposé vingt minutes de silence.

Il était toujours payé et il a dit :

« *C'est parce que vous le savez que vous pouvez continuer à vivre* ».

Il me semble que les grands exclus sont dans une vie qui est hors la norme, une vie hors de l'ordinaire, une vie extraordinaire... Une vie où celle-ci ne peut exister ; au total une vie pour ne pas vivre, une vie pour ne pas vivre et ne pas mourir. Quand on ne vit pas, on ne peut pas mourir. C'est vraisemblablement autour de ce genre de thème qu'on peut centrer les notions du temps, de l'espace, et ces dysfonctionnements rencontrés chez ces grands exclus.

Mais d'abord, ces exclus qui sont-ils ? Je ne vous parlerai pas aujourd'hui « *des jeunes exclus* », qu'on voit dans la rue, poly-toxicomanes, avec les piercings ; des enfants ou des grands enfants en rupture de tous liens. Ils sont en rupture de tous liens parce que tout ce qui leur a été proposé jusqu'ici était tellement violent et destructeur ! Tout ce qui peut ressembler à un semblant de dépendance les déstructure, les persécute. Nous sommes tous des méchants, nous sommes tous agressifs, etc. Ils sont enfermés dans des systèmes.

Eux, la vie, la mort, ça ne les concernent pas. La mort, pour eux, c'est une abstraction. Ce sont des gens qui n'ont pas fait de démarche. Dans *Les Cavaliers* de J. KESSEL, le personnage central découvre un jour la mort, parce que son

compagnon de route vient de mourir. C'est en cet instant où ça peut concerner l'autre, l'autre en temps qu'identique, que cette notion de la mort peut être intégrée.

J'évoquerai les adultes qu'on croise au quotidien, les grands clochards souvent sympathiques et très psychotiques, qui voient la vie du fond de leur bouteille. Avec eux, pour nous psychiatres, c'est un ravissement, c'est le paradis perdu, le jardin d'éden des psychiatres botanistes qu'on découvre là dans la rue. C'est absolument formidable, c'est la psychopathologie d'avant les neuroleptiques, d'avant le secteur psychiatrique, d'avant la fin de l'asile hospitalier, le vrai asile. Ce lieu où il était autorisé de vivre différent, de vivre avec sa folie. Maintenant on n'a plus le droit de vivre en étant fou. En tout cas, il n'y a plus d'endroit, pour cela.

C'est l'histoire d'une époque passée, avant que le fou devienne un objet malade, un objet malade qu'on soigne, et qui est « psychotropement rentable ». On prescrit des médicaments qui rapportent de l'argent à des « labos ». C'est d'ailleurs une chance pour ces psychotiques de devenir

« psychotropement rentable ». Jusqu'à présent, ils n'avaient aucune valeur sociale, c'étaient des inutiles sociaux. On peut dire qu'ils s'en sortent bien.

A côté de ces personnages flamboyants, il y a tous les sujets en glissade, des sujets dépressifs qui se soignent à l'alcool, qui se soignent très fortement à l'alcool : entre 4 et 6,7 litres de vin par jour. Ils sont porteurs comme les précédents d'une histoire toujours tragique, avec des répétitions de rupture, de mépris, de rejet, de mal-aimance, d'humiliation.

C'est cette histoire qu'ils nous exposent, du moins, celle que nous nous représentons. Cette histoire peut nous faire entrevoir ce qui soustend leurs souffrances à vivre dans ce monde. Ces sujets nous étonnent, nous émeuvent. Parfois, ils nous amènent dans des vécus identificatoires, essentiellement parce que nous partageons avec eux des symptômes, notamment la tristesse, la dépression, le manque, la peur, les idées de violences, en bref l'humanité et sa fragilité.

Ce sont des sujets qui sont désadaptés au monde et qui sont « désadoptés » par notre monde moderne. Ils sont en attente, en souffrance, comme des vieux colis. Voilà !

Devant le spectacle de ces grands exclus, on s'étonne, on se demande : « Où est la pathologie qui nous a été enseignée dans les universités ? ». On s'interroge sur l'intérêt de toutes les classifications anglo-saxonnes qui tentent de mettre de l'ordre. De l'ordre ? Elles semblent surtout prendre l'allure d'échelles d'équivalence avec les médicaments psychotropes.

Ces médicaments qui clament la victoire de la biologie sur l'encéphale. L'encéphale devient un organe comme les autres, comme le rein, le muscle, l'appendice. Ce système d'équivalence se constitue avec des signes qu'on ose à

peine qualifier de clinique. Ce sont des signes figés qui habitent même des symptômes sans sens. Ces histoires de classification, c'est une problématique de « psychocrates » je crois.

Pour tenter d'évoquer cette souffrance des exclus et tenter de nous la représenter, il faut se dire qu'elle est unique, qu'elle est une affaire individuelle, incommunicable. C'est une expérience interne, privée, indicible chez les exclus.

Le seul moyen que j'ai trouvé pour représenter cette souffrance psychique des exclus, c'est un propos de Carl Gustave JUNG qui est un psychanalyste du début du 20<sup>ème</sup> siècle.

JUNG dit : « Tout ce qui ne vient pas à la conscience revient sous forme de destin ».

Et ce destin, ces trajectoires de vie qui nous étourdissent, nous renvoient à des archaïsmes de notre évolution, de notre fonctionnement. Et ces exclus sont dans des originalités de fonctionnement.

Dans le monde de l'exclusion, la hiérarchie des besoins est une réelle surprise pour les inclus que nous sommes sensés être.

Leur vie, c'est souvent de la survie, la satisfaction des besoins : s'alimenter, boire, s'alcooliser, fumer, dormir, avoir une sexualité éphémère. Les besoins prennent la place du désir, de la demande. En conséquence, la fréquentation de ces sujets nous plongent dans l'étonnement, l'effroi, la sidération.

En simplifiant la situation et les enjeux, c'est un monde de chaos qui va se confronter avec celui des associations quelles qu'elles soient. C'est un monde archaïque, presque autistique, refermé ; un monde de sensorialité, de senteur, de puanteur, de moiteur, qui va faire face à un autre monde fait de technicité, de rationalisation, de règle de vie, de socialisation.

Ainsi, des cultures vont se rencontrer ou plutôt se percuter. Dans ces conditions, il semble impossible que la rencontre se fasse entre les grands exclus et les institutions en général, notamment, avec les structures de soins, d'accueil d'urgence puis avec les hébergements plus traditionnels, comme les foyers puis enfin les maisons de retraite.

A ce propos, Christine ASTRUC nous parlera de sa pratique au sein de la maison de retraite de St Jean de Dieu de Marseille où elle approfondit avec persévérance et courage les solutions proposées pour héberger ces sujets vieillissants. Vous l'entendrez dire que la rencontre des exclus avec les maisons de retraite, ce n'est pas une mince affaire.

C'est la rencontre de la glace et du feu. C'est la découverte de deux univers : l'un qui ne connaît ni le temps, ni les cadres de l'espace privé, ni celui des limites du corps physique et psychique ; l'autre, au contraire, qui prend soin des personnes, de ces mêmes corps objectivés par la médecine, avec un soin méticuleux. Vous avez vu que la médecine déborde un peu de ces fonctions. Elle médicalise

absolument tout : la maladie - c'est un peu son travail - mais aussi la vie, la naissance, la vieillesse.

Avec l'ensemble de ces problématiques mêlant le social, l'humanitaire, le médical, la psychiatrie, le contexte et l'instance socio-culturelle, on comprend aisément que la prise en charge des sujets en situation d'exclusion nécessite la mise en place de stratégie de partenariat entre des institutions pour qu'elles cessent de « s'auto-exclure ». La finalité de ce travail en partenariat n'a pas pour objectif, pour nous tous, de normaliser les comportements. Elle vise à désaliéner les grands exclus à qui on peut parfois faire redécouvrir la liberté de la pensée ainsi que l'indépendance. Ils deviennent très souvent dépendants du don social. On les nourrit mais au bout du morceau de pain qu'on leur donne, il y a un hameçon qui fait qu'on les tire. Je crois qu'ils sont aliénés par le don qu'on leur fait.

Maintenant je vais passer la parole à Sylvie ZUCCA. Elle est psychiatre au sein de l'équipe *Réseau Souffrance et Précarité*, à Paris. Elle vous racontera certainement comment derrière la rencontre avec le sujet exclu, bien que ce soit une rencontre singulière, on rencontre simplement un personnage public qui porte une plainte dans le champ social.

On verra, alors - je cite, sans savoir qui - « que derrière la plainte qui porte le symptôme exposé, apparaît la part visible d'un passé figé qui s'expose dans le présent sans jamais trouver de solution ».

En gros, on ne voit que la partie immergée de l'iceberg.

## **Intervention du Docteur Sylvie ZUCCA**

**Psychiatre, psychanalyste Réseau Souffrance et Précarité, Paris**

Je suis psychiatre-psychanalyste, à Paris, dans un cabinet, et je travaille au sein du *Réseau Souffrance et Précarité* qu'a fondé le Docteur Emmanuelli au sein de l'hôpital Esquirol, un hôpital psychiatrique. Ce réseau fonctionne depuis quatre ans. Il est né des constatations que faisait le Docteur Emmanuelli et des questions qu'il se posait. Ces dernières m'ont, je crois, un peu happée. C'est la raison pour laquelle je suis venue pour essayer de comprendre son questionnement sur ces grands exclus.

Ils ont parfois des plaies absolument phénoménales qui nous auraient fait hurler, nous, de douleur et qui les laissent muets.

Le Docteur Emmanuelli s'est demandé :

« Mais que se passe-t-il ?

Qu'est-ce qui fait que malgré tous les soins qu'on leur a prodigués, ils continuent à être si absents à eux-mêmes ?

Qu'est-ce qui fait que malgré les grandes glaces, les grands miroirs posés dans les salles à manger de Nanterre, tous font en sorte de ne surtout pas avoir à être confrontés à leur propre reflet ?

Qu'est-ce que c'est que ce processus ? »

Ces questions m'ont intéressée. Rien ne dit que je saurai y répondre pour autant, mais elles sont intéressantes, elles sont même passionnantes.

A Paris, le *Réseau Souffrance et Précarité*, c'est une petite équipe composée d'un psychiatre à temps complet, de trois infirmiers psychiatriques, d'un psychiatre vacataire, d'une chargée de mission et d'une secrétaire. Nous avons à notre disposition la logistique mobile du SAMU social et nous sommes appelés, en fait, pour les plus exclus des plus exclus, pour les plus cassés des plus cassés.

Nous sommes confrontés à la grande misère de l'exclusion, plutôt versus psychiatrie. Ce que nous avons à repérer, c'est la question de la maladie mentale, de la souffrance psychique, très souvent extrême, de l'exclusion et tout ça au sein d'une mégapole. Cette situation comporte des particularités par rapport à des villes de province. De notre réseau est né un réseau national. Je vois bien que « Paris » est une spécificité au niveau de l'horreur, par rapport aux villes de province où les réseaux semblent d'ailleurs plus faciles à se mettre sur pied.

Alors, la vieillesse ! D'abord, j'ai envie de dire que, dans notre société, vieillir, c'est être exclu. Ce n'est cependant pas vrai pour tout le monde, pas pour les gens qui ont de la chance d'être nantis, d'avoir une famille.

C'est déjà vrai pour les gens qui n'ont pas de problème particulier d'exclusion, mais qui n'ont pas de grands moyens, qui ont peu de famille. Il y a le risque de la maison de retraite, pour peu qu'il y ait la maladie ou la maladie psychiatrique ou la souffrance dépressive, ce qui est quand même assez fréquent en vieillissant.

Il faut considérer que dans notre pays - et je crois dans beaucoup de pays occidentaux industrialisés - lorsque « les vieux » sont malades et en plus des malades psychiatriques, franchement, on les met de côté, on ne veut pas les voir. « Les vieux » ont perdu leur place de transmission et on ne les écoute plus beaucoup. Il y a donc une stigmatisation de la vieillesse qui existe effectivement dans nos pays.

Comment aborder la question de la vieillesse des exclus qui, même chez les inclus, est un signe d'exclusion du social ?

Il ne faut pas oublier qu'on est tous en train de vieillir. Il y a un vieillissement de la population qui ne fait que commencer. Il y a donc aussi des exclus qui vont vieillir et peut-être d'autant plus grâce à des gens comme vous et grâce à des gens comme Emmanuelli qui les ont soignés.

Ils meurent moins qu'avant. Ces gens étaient tellement confrontés à des maladies, des carences nutritionnelles, de grandes maladies infectieuses, comme la tuberculose... On les soigne mine de rien, donc ils vont vivre plus longtemps.

On dit déjà d'eux, avant qu'ils n'atteignent un âge qui symbolise le vieillissement - je laisse à chacun d'entre nous l'appréciation de cette limite - qu'ils ont un vieillissement prématuré parce qu'ils vivent dans des conditions extrêmement dures, à cause de l'alcoolisme, à cause aussi d'un vieillissement des organes, à force de vivre à la dure, à cause aussi du vieillissement que provoquent tous les toxiques au niveau des fonctions hépatiques, rénales, etc.

J'ai pu rencontrer des gens dans des processus de cassures absolument extrêmes.

En écoutant la bande ( \* ) tout à l'heure, j'ai entendu un homme qui avait vraiment de l'humour. Ce n'était pas du faux ricanement que peut donner l'alcool, c'était de l'humour. Et c'est vrai que souvent on ne l'entend plus tellement. Les gens sont cassés.

Le vieillissement des exclus, la prématurité du vieillissement commence peut-être le jour où après tant de rupture et de casse, ça y est, ils glissent et puis ils filent à la rue.

Moi, je ne crois pas que l'on puisse dire :

« J'ai choisi d'être à la rue ».

Par rapport à des modes de vies institutionnalisées qu'on peut proposer, ils préfèrent être à la rue, mais c'est quand même un choix par défaut. Donc, c'est un mode de rationalisation. C'est un mode de vie qu'ils se sont constitués, un vrai réseau, extrêmement dur. La rue, c'est la loi de la jungle. Ce n'est pas si joyeux qu'on pourrait le penser vu de l'extérieur.

Même si c'est une boutade, même si c'est un défi, c'est ce qui leur permet de vivre, mais je pense qu'il y a eu, à un moment de leur vie, des choses trop dures. C'est ce qu'il a dit d'ailleurs :

« Après je ne sais plus quoi... Je ne sais plus quoi... »

Boom, ils partent.

*(\*) Les petits frères des pauvres et le C.R.I.A.S. ont réalisé un micro-trottoir. Des extraits d'interviews de S.D.F., rencontrés dans les rues de Lyon, ont été diffusés au préalable à la conférence.*

D'ailleurs ils nous racontent toujours le même traumatisme qui aurait été responsable de leur chute, souvent c'est l'accident de voiture où il y a eu la femme, les enfants qui ont brûlé, ou quelque chose comme ça. Je me souviens qu'au tout début où j'ai travaillé dans ce milieu, je me disais : « C'est bizarre, ils ont tous eu un grand accident de voiture... ».

Jusqu'à ce que je comprenne que c'était finalement comme un condensé qui leur permettait aussi de rentrer dans la question de l'assistanat, de ce qu'on leur propose, comme un code.

Mais arrive un moment où l'énonciation subjective de ce qui leur est arrivé, raconter leur histoire, c'est plus possible. C'est plus possible parce que c'est trop douloureux et ça remettrait en jeu beaucoup trop d'affects et d'émotions insupportables à surmonter.

C'est la contestation que j'en fait, quand on voit ces grands errants, à Paris, à la rue.

Ce n'est pas tout à fait le même tableau quand on les rencontre dans les centres d'hébergement et notamment là où il y a du soin. Là, on arrive à leur parler un peu plus.

Dans la rue, ce qui prime c'est la question de l'alcool. C'est comment tenir au jour le jour, la bravade.

Il y en a une qui me disait :

« Et toi, comment ça va ? Tiens, tu tousses, tu vois ! »

Il y a ce côté bravade, comme ça, mais parce qu'ils ne sont pas du tout dans la même temporalité que la nôtre.

On rejoint, ainsi, la question du vieillissement des exclus.

Quand nous nous situons, nous avons notre passé, notre projection dans l'avenir.

Eux, les exclus, à partir du moment où ils ont franchi ce cap d'être dans la rue, ils sont dans une sorte de temps instantané, répétitif où il faut tenir. Et ils tiennent d'ailleurs, mais à condition de faire abstraction du passé et de l'avenir.

Pourtant, quand on vieillit, il y a obligatoirement une sorte de bilan qui se fait, de ce qu'on a pu faire de sa vie, de ce qu'ont été ses enfants, de ce qu'on a fait, de ce qu'on a réussi ou pas, et puis la projection de sa propre mort et du devenir de ses proches.

Il y a peu de S.D.F. qui se suicident mais ils meurent beaucoup plus jeunes que l'ensemble de la population.

La question de la mort ! L'avenir, c'est impossible à imaginer pour eux :

« Est-ce que vous vous rendez compte qu'un jour vous allez mourir comme nous ? »

Et il semble qu'il n'en soit que très difficilement question. C'est survivre au jour le jour. Ce vieillissement prématuré est occasionné par la rupture. C'est comme s'il y avait eu une exclusion de soi-même, mais d'un soi intime. Ça ne veut pas dire que quelque chose d'autre ne reste pas en marche, comme une espèce de moi automatisé qui leur permettrait de vivre. Mais le travail de mémorisation, de rêverie, de fantasme, de projection, d'imagination est mis de côté et cela devient une des fonctions de l'alcool.

Avec le psychiatre du réseau on a travaillé sur cette question.

Les gens le disent très bien : l'alcool, c'est fondamental.

Tous boivent à la rue, c'est un code social. C'est un code pour être avec les autres et c'est ce qui permet de maintenir la capacité suffisante pour s'exhiber. L'alcool donc, c'est fondamental pour faire ce geste, pour faire la manche et pour surtout se protéger de tout ce qui viendrait émerger comme émotion insupportable et pour tenir. Ça semble inimaginable de pouvoir rester à la rue longtemps sans boire, c'est comme si on nous demandait de ne pas dormir.

« Comment est-ce que l'on peut reconnaître le vieillissement chez quelqu'un qui n'a pas vraiment d'âge ? »

(S'adressant à Christine ASTRUC) Vous me disiez que dans votre maison de retraite, il y a des gens qui ont été en errance, et sont assez jeunes. Ça ne m'étonne pas. Je vais faire référence à des entretiens que vous pouvez avoir connus.

C'était un vieux monsieur maghrébin, hébergé dans un foyer SONACOTRA. Ces types de foyers étaient des foyers de jeunes travailleurs à une époque. Ils sont devenus des foyers de vieux travailleurs en retraite. C'est très impressionnant. Je crois que je n'oublierai jamais cet entretien. *Le Monde* avait fait des articles sur ce sujet qui reflétaient bien cette problématique-là.

C'était dans un centre d'hébergement. Ce monsieur avait été ouvrier à la chaîne. C'était un vieux monsieur totalement dépressif, atteint d'une vraie dépression, qui me parlait avec beaucoup d'émotion de son passé et de son enfance. Je ne me souviens plus si c'était un marocain ou un algérien, mais il venait d'un pays où il savait qu'il n'avait plus de place, qu'il n'existait plus là-bas, pour eux, pour personne. Et en France, il y avait travaillé toute sa vie, envoyé l'argent là-bas dans ce pays qui était devenu un pays mythique, où d'ailleurs il n'est même plus accepté, comme c'est le cas souvent. Et en France, il n'avait pas d'attache, il n'avait personne.

Il vieillissait comme ça, dans la dépression, dans ces foyers SONACOTRA avec une émotion immense quand il parlait de son pays d'origine. En même temps, quand on le pressait un peu plus sur ce pays-là, on se rendait compte que ce n'était plus son pays, qu'il savait qu'il n'y serait plus accueilli.

Ce monsieur posait la question du vieillissement de ces travailleurs, que l'on a fait venir à une époque où l'on avait besoin de main-d'œuvre, qui ne se sont jamais

vraiment insérés, qui ont été exclu de leur propre pays, et une fois qu'ils ne sont plus au travail, ils n'ont pas pu créer de « chez-eux » en France, ni d'ami. Ils sont dans des syndromes dépressifs gravissimes parfois presque mélancoliques. Avec quoi comme avenir ?

Et l'autre petit monsieur...

Je dis « petit » parce qu'il était tout petit. Je l'ai rencontré récemment. Après dix ans de rue, cet ancien électricien, de 58 ans, avait réussi à arrêter de boire. Il disait : « Mais, c'est facile d'arrêter de boire »,

Ils le disent tous, c'est facile, une fois qu'ils sont dans du « dur ».

C'est facile au début, mais dès qu'ils retournent à la rue, ce n'est plus possible de ne pas boire. Même quand ils restent assez longtemps dans du « dur », ce n'est pas si facile d'arrêter de boire, parce que les pensées reviennent. Et là, il faudrait un accompagnement extrêmement fin pour arriver à faire que les effets recherchés par l'alcool puissent être contrecarrés.

Les effets d'un cadre autour d'eux peuvent, sur un temps extrêmement long, apporter de quoi lutter contre les effets bénéfiques à court terme de l'alcool qui est l'évitement de la pensée, du remords...

Ce monsieur, qui avait réussi à arrêter de boire, n'arrivait pas à partir du centre d'hébergement.

On rentre dans une autre problématique.

« Qu'est ce qu'on fait dans l'assistantat ? Est-ce que l'on fait du bien ? »

C'est une question que j'ai entendue poser il y a quelques jours à Lisbonne où j'ai rencontré des équipes de rue. Dans toute l'Europe, il y a le même problème qui surgit, c'est impressionnant de voir ça.

A Lisbonne, des équipes de rues travaillent sur la question de la précarité, de la misère et de l'errance, et elles se sont posées des questions remarquables. Bien sûr, c'est fondamental d'être là, mais pour autant, comment faire en sorte qu'il puisse y avoir une forme d'assistantat qui prenne en compte la position active des gens, pour qu'ils ne soient pas écrasés pendant des années et simplement les débiteurs de notre bonne conscience, « en dette » ?

Pour ce monsieur de 58 ans, on m'a appelée parce qu'il y avait un désaccord dans l'équipe. En général, on appelle le « vilain psychiatre ». C'est toujours le vilain psychiatre, les bons infirmiers et puis les mauvais médecins. Tout le monde se crêpait le chignon sur ce monsieur. Certains disaient qu'il était dépressif et d'autres qu'il n'était pas dépressif, certains disaient qu'il fallait qu'il sorte. Et puis, de toute façon, il dérangeait tout le monde, d'autant plus qu'il venait de leur faire un cadeau et que ça les gênaient.

Et moi, j'ai demandé : « Mais c'est quoi le cadeau ? »

C'était une horloge. J'ai trouvé assez fantastique que ce soit une horloge parce que justement on est dans la question de la temporalité. Tout le monde

commençait à s'énerver parce qu'il était là depuis un an. Le temps passait et il était à l'âge de la retraite. Tout le monde s'empoignait, on a dit :

« Tiens ! On va faire venir ZUCCA, elle est un peu de dehors ! ».

C'est le seul intérêt, c'est d'être un peu de dehors, mais c'est important.

Je l'ai vu, en plus je l'ai fait parler. J'ai appris qu'il venait du village où est née ma maman, alors ça crée des liens !

« Alors vous connaissez tel village ?

- Je veux retourner là-bas !

- Je vous comprends... ! »

C'est en cours mais...

Le médecin généraliste était en opposition avec le psychiatre - de toute façon c'est toujours comme ça que ça se passe - il disait au psychiatre que c'était un

« con » parce qu'il ne lui avait pas mis le bon anti-dépresseur, et il me disait :

« De toute façon, il vous dit qu'il veut partir, mais ils disent toujours ça, et jusque là on a eu que des échecs ».

C'est intéressant car on arrive à la question des gens qui aident.

Comme c'est difficile d'aider ces gens dans des structures ! Surtout quand ce sont des structures où passent des gens en quantité phénoménale et que l'alcoolisme a quand même raison de nos vertus thérapeutiques. Cela provoque une espèce de lassitude chez le personnel soignant qui finit par dire :

« Il a dit ça mais ce n'est pas vrai, on a l'habitude, ça marche jamais... »

En fait, il semblerait que ça puisse marcher avec ce monsieur de 58 ans.

On dit alors : « C'est un pervers, il met tous les gens contre les autres ».

Moi je dis :

« Eh bien ! Si c'est le cas, prenons-le au mot. C'est la seule solution puisque tout le monde est embêté. Il faut le coincer dans son retranchement. Il dit qu'il veut partir, mais il fait tout pour ne pas y aller, eh bien allons-y ! »

Les contacts sont pris avec une maison de retraite de la région. Voilà ça va se faire. Mais jusqu'au dernier moment, il va sans doute hésiter ! Peut-être qu'il va faire un passage à l'acte la veille de son départ ! Mais, je pense que ça va marcher.

Il y a aussi une dame qui a trente ans de rue. 30 ans, ce n'est pas mal ! Elle a réussi à passer en maison de retraite après deux échecs massifs. La troisième fois, elle a réussi à investir la maison de retraite grâce, je crois, à un nounours en peluche que lui avait offert l'aide soignante et en prenant dans la maison de retraite une fonction d'aide soignante pour une plus « cassée » qu'elle.

Cette situation nous renvoie à notre cher « Maître » Winnicott.

Comment a-t-on besoin d'un objet intermédiaire ? Comment, dans la rue, on voit très souvent des grands S.D.F. qui nous disent :

« Vous vous trompez, ce n'est pas moi qu'il faut voir, c'est lui à côté ».

Voilà, c'est des choses qui peuvent nous donner des indices pour nous aider à les aider à se réinsérer quelque part. Ils nous donnent souvent des indices que l'on n'écoute pas.

C'est important de pouvoir en parler. Le fait de travailler avec des exclus, et avec des exclus vieillissants, je trouve que c'est extrêmement lourd. On ne sait pas très bien quel processus il y a dans leur tête par rapport à la question du vieillissement. Puisque, encore une fois l'alcool est quand même chargé de ratiboiser ça.

Sans doute la question du vieillissement se pose d'une façon qui n'est pas la même que la nôtre - je peux me tromper - mais en tout cas dans notre tête, on a notre positionnement par rapport au vieillissement et à la mort, que ce soit le nôtre ou que ce soit celui des autres.

Comment fait-on quand on travaille à plein temps, que ce soit dans des maisons de retraite, mais encore plus dans des lieux où l'on travaille avec des gens qui n'ont pas de racine, pas de famille ?

Comment fait-on pour supporter leur mort et les échecs de prises en charge ?

Comment fait-on pour ne pas être trop épuisé narcissiquement ?

Cet épuisement est un des symptômes des équipes qui travaillent dans des lieux très durs, que ce soit en oncologie, dans les maisons de retraite, avec des patients déments ou que ce soit auprès des exclus. C'est une forme de désespérance qui se manifeste souvent sous forme de grande fatigue.

Une des façons déjà d'aborder ça, c'est de pouvoir se dire que c'est normal quand on travaille autour de l'exclusion, autour du vieillissement. Peut-être que quand la foi est là, ça évite cette fatigue en partie. Il n'empêche que l'on ne fait pas l'économie de notre propre question libidinale par rapport à la pulsion de vie ou la pulsion de mort. C'est ce qui peut engendrer une grande fatigue.

Au niveau de la pathologie psychiatrique, dans le vieillissement de l'errance, beaucoup de gens sont atteints de problématique qui concerne notre métier. Quelles sont-elles en quelques lignes, ces grandes problématiques, sur lesquelles on est censé avoir un petit savoir ?

- Les dépressions qui sont, aussi, souvent méconnues dans la population non-exclue, les grandes dépressions, les mélancolies,
- Les démences,
- Les troubles délirants.

On retrouve, ce qu'occasionne le fait d'être exclu du tissu social, les effets de la solitude chez les gens âgés qui peuvent être responsables de ces grandes dépressions.

Chez les exclus, il est probable que ceux qui arrivent à un âge de vieillesse se pose la question de la mort, puisqu'elle finit bien par se poser à tout le monde. Je pense que, au moment où la conscience de la mort arrive, tout redéfile, comme

chez nous, ce qui a été sa propre vie. Je ne suis pas sûr qu'il y ait une différence « exclusion, inclusion ».

Par contre, se pose la question de leur mort et de la dignité de leur mort, de ce que nous renvoie une société où on voit des gens enterrés à la sauvette. Beaucoup de ces grands exclus sont cassés, les liens familiaux sont cassés, il y en a très peu qui renouent quelque chose.

Mais je me demandais :

Une fois arrivée dans des lieux comme des maisons de retraite médicalisées publiques ; est-ce que cela pose, pour certains, la question du désir de revoir des proches ?

Est-ce que, à ce moment-là, avec le travail que le temps aurait fait, ce désir s'exprimerait néanmoins avant la question de la mort ? »

Là, c'est une question que je lance, je ne sais pas du tout. Je pense que pour ceux qui ont été trop cassés, qui ont fait trop de rupture dans leur tête - à partir de ce que j'appelais le début du vieillissement prématuré - je pense que c'est fini, c'est fini... Mais je ne sais pas si c'est vrai de tous, de la même façon que je me posais la question à l'opposé :

Est-ce que les enfants de ces gens, quand ils voient l'âge supposé de leurs parents, se posent la question de savoir où ils vont mourir, finalement...

### **Intervention de Christine ASTRUC**

*Coordinatrice Maison de retraite Saint Jean de Dieu, Marseille*

Je suis très heureuse d'être parmi vous et de représenter la maison de retraite Saint Jean de Dieu de Marseille qui par son action poursuit le charisme de l'ordre hospitalier auprès des personnes sans domicile fixe.

Il est à noter à titre de symbole que le lieu où nous nous trouvons fut créé il y a plusieurs centaines d'années par l'ordre hospitalier et que nous fêtons cette année le 4<sup>ème</sup> centenaire de l'arrivée des frères en France.

Le fondateur de l'ordre a promu des établissements dans le monde entier dans lesquels la dignité et le respect des personnes accueillies quelque soit leur condition ou leur maladie était une règle essentielle.

Aujourd'hui cette préoccupation, auprès des plus démunis est toujours d'actualité.

Nous comptons sur Marseille 138 000 personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté : elles ont moins de 500 euros / mois pour vivre.

1 000 personnes seraient sans domicile fixe dont certaines ont plus de 60 ans.

### L'origine du projet :

Sur Marseille il existe deux structures Saint Jean de Dieu.

1) l'accueil de nuit : Association de loi 1901 sans but lucrative, fondé en 1872. Le centre accueille des hommes uniquement , 200 environ tous les soirs de 17h à 7h et 30 places en C.H.R.S.

L'accueil de nuit ne peut plus recevoir à long terme des personnes de plus de 60ans.

Les personnes âgées représentent 9% des hommes accueillis parmi eux certains venaient dormir tous les soirs depuis plusieurs années et considéraient le centre « comme leur maison » ce qui n'est pas compatible avec la notion centre d'hébergement d'urgence.

Il est difficile de concevoir que les personnes âgées se retrouvent à la rue tous les matins sachant que la plupart d'entre elles cumulent un certain nombre d'handicaps : perte d'autonomie, perte de mémoire, santé précaire...

Il a paru souhaitable de tout mettre en œuvre pour leur préparer une fin de vie décente.

Le projet de relogement a touché 49 personnes. Les propositions de relogement ont porté sur le choix d'un foyer SONACOTRA, qui a semblé le plus approprié sur le plan financier.

Nous nous questionnons sur leur devenir car les foyers ne sont pas des lieux de vie mais des chambres pour travailleurs, de retour en famille, famille d'accueil et à la maison de retraite. Saint Jean de Dieu.

D'autres n'ont pas pu être relogés pour des raisons administratives ou refus personnels. L'accueil de nuit continue à les héberger. C'est la mission de la structure.

2) D'autre part, à la maison de retraite nous avons rencontré des problèmes avec ce public accueilli en urgence ou aux sorties de l'hôpital. En effet n'étant pas préparé à l'entrée en maison de retraite, il rejetait tout confort et sécurité, rencontrait des difficultés à se réapproprier un espace.

La cohabitation avec les autres résidents n'était alors pas possible d'où la nécessité d'un travail en amont vers ces populations marginalisées et également de sensibiliser notre personnel. C'est pourquoi nous avons choisi de réfléchir sur ce thème « l'intégration des personnes sans domicile fixe de plus de 60 ans dans la maison de retraite ».

La maison de retraite est une structure privée, mixte, médicalisée et conventionnée aide sociale. De par son contexte historique, elle accueille depuis 150 ans des personnes démunies.

Elle s'est donnée pour objectif d'accueillir soit à long terme soit en temporaire des personnes ne pouvant plus être maintenues à domicile ou sans domicile fixe.

Actuellement nous accueillons 210 résidents répartis en 4 unités de vie.

Le profil des résidents est très particulier par rapport aux autres maisons de retraite.

Les 2/3 des personnes sont des hommes cela s'explique par le fait que l'établissement est mixte depuis 11 ans seulement.

L'écart des âges est important, la personne la plus jeune à 38 ans c'est une personne handicapée vieillissante et le doyen a 106 ans.

La proportion des personnes assistées par l'aide sociale est de 69%.

En 2001, nous avons accueilli 41 personnes dont 15 venaient de l'errance.

Nous avons effectué une enquête auprès de 20 personnes ayant vécu dans l'errance.

La qualité des données recueillie a été de nature inégale mais ces entretiens ont permis de nous confronter à la réalité de leur parcours de vie ainsi qu'à leurs souffrances.

L'entrée dans l'errance est le plus souvent subie.

Leurs demandes sont inégales.

Soit elles ne demandent rien - on peut penser qu'elles craignent une ingérence sur leur liberté - ou fatiguées de la vie, elles n'aspirent aujourd'hui qu'à un simple repos.

Soit elles demandent un logement, de l'affection ou d'être reconnu socialement, avoir une utilité dans la maison de retraite.

Pour les personnes marginalisées, leurs difficultés en entrant en maison de retraite sont multiples car elles ont eu un autre mode de vie.

Le manque d'hygiène et leur situation dans la survie pour se nourrir et se loger font que leur vie quotidienne n'a pas été « ordinaire » par rapport aux autres personnes âgées et leurs besoins ne sont pas identiques.

Les repas pris dans la maison de retraite sont équilibrés mais certains ne prennent pas leurs déjeuners dans l'institution et préfèrent rester en ville avec des amis.

Si la vie dans l'errance leur compliquait l'entretien de leur linge, désormais ils peuvent se changer plus facilement et avoir une apparence correcte. Mais nous constatons qu'un peu moins de propreté ou un peu moins d'ordre ne les gêne en rien.

Ils négligent leurs corps et l'hygiène est perçue comme une contrainte supplémentaire à leur yeux. Ils recherchent une propreté minimale, aussi la douche devient un moment difficile. Ils n'ont pas envie de se laver tous les jours. Après un temps d'adaptation certains changent leur habitude. Il faut se poser la question de savoir ce que peut vouloir signifier le refus de se laver ou la perte de l'habitude de se laver. Prendre un bain peut être une nouveauté pour quelqu'un qui n'avait que peu de confort.

Ce sont des questions que le personnel a du se poser et accepter les différences avec les autres résidents et leur pratique de soignants.

Ce qui caractérise ces hommes, c'est d'avoir vécu dans plusieurs endroits durant leur temps dans l'errance. Ces vas et viens sont perpétuels dans de nombreux cas car ils sont liés au principe même des fonctionnements des structures d'accueils pour les personnes sans domicile fixe.

Ils sont hébergés à l'accueil de nuit de St Jean de Dieu, dans d'autres C.H.R.S. (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) d'Aix et Marseille, dans les hôpitaux psychiatriques, les hôtels meublés, très vite trop onéreux. (Cette solution sera présentée comme une bouée de sauvetage : « On sort la tête de l'eau on se paye une nuit à l'hôtel après avoir touché le RMI ») Des nuits passées dans la rue, dans une cave, une caravane... Dans les derniers cas, les personnes se débrouillent seules. Certains sont allés en maisons de retraite et ont été rejetés de l'institution, puis dans une autre etc.

Dans la maison de retraite, la sécurité et le confort ne semblent pas être une priorité, ils ne s'installent pas, au mieux ils résident. Ils sont satisfaits de leur chambre et de pouvoir y rester le matin, en opposition avec ce qu'ils connaissaient avant.

Ils nous disent être résignés « Je suis logé, nourri, pourquoi voulez vous que je me plaigne ».

Ils subissent en quelque sorte l'institution par les contraintes que celle-ci leur impose.

Au départ, à la maison de retraite, elles se sentent rejetées, de nouveau, par la manière dont les autres résidents les considèrent. Puis peu à peu certaines s'intègrent et par le fait qu'elles sont plus jeunes (60, 65 ans) que les autres résidents apportent une aide. Une solidarité de voisinage entre résidents de la même unité s'installe : Achats en ville, amener une personne en fauteuil au point café rencontre ou dans le parc.

Une petite contrepartie financière intervient parfois : « On garde la monnaie ».

On distingue deux catégories de personnes marginalisées dans la maison de retraite :

Ø Des personnes âgées pauvres assistées qui ont su garder durant leur errance des relations. Elles possèdent un capital social. Elles s'intègrent plus facilement.

Ø Des personnes âgées exclues qui n'ont pas ou peu de relations sociales. Ces personnes très marginalisées souffrent de troubles mentaux ou d'un sentiment d'isolement qu'elles comblent parfois dans l'alcool. Elles se sont clochardisées avec un manque d'hygiène corporelle et vestimentaire. Ces personnes s'intègrent difficilement dans la maison de retraite et ne s'inscrivent pas dans la durée.

Le sentiment de honte d'être SDF conduit les personnes à couper tous les liens familiaux pour supporter seul le poids de leur culpabilité.

M. décrit avec amertume : « Quand on est S.D.F. on est rien. »

Les contraintes d'une vie à l'extérieur affecte leur corps dans leur entier.

Un nombre important de personnes marginalisées sont d'anciens patients de psychiatrie. A la maison de retraite, ils refusent les soins qui demandent un suivi car ils n'arrivent pas à se projeter dans le futur.

L'établissement leur permet de clarifier leur situation administrative. Toutefois, certaines refuseront d'y rester car elles perdent le RMI et ont le sentiment d'être spoliées puisqu'elles ne perçoivent plus que les 10% qui leurs sont versés au titre de pécule.

M. dira « Il ne me reste pas assez pour vivre, je pars »

Par contre pour Mme R c'est une réussite. A 72 ans, elle est repartie vivre en ville, elle avait gardé des contacts avec des amies.

Il faut prendre en compte leurs attentes sachant qu'ils refusent les contraintes en opposition trop nette avec leur habitude de vie précédente.

Leurs attentes sont également en matière de vie sociale. Ce point est important pour les préserver d'une grande marginalisation.

Les contraintes d'une vie à l'extérieur avec les conditions climatiques, les agressions fréquentes, les maladies bénignes mal soignées ou les maladies infectieuses ont des conséquences sur l'état de leur santé.

L'alcoolisme est important et celles qui boivent encore, consommaient de l'alcool quotidiennement avant d'être à la rue. Elles ont alors augmenté leur consommation. On peut considérer, que pour certaines d'entre elles, l'alcool leur a permis de mieux supporter les conditions de vie dans l'errance.

La minorité qui boit encore le fait ouvertement aux abords de la maison de retraite ou quelques fois au sein de l'établissement. Interdire de façon catégorique cette pratique provoquerait leur départ définitif de la maison de retraite avec le retour à l'errance et les risques importants que cela suppose avec l'avancée en âge.

Le tabagisme est important, elles fument tous au moins un paquet de cigarettes ou plus par jour. Le prix du tabac étant élevé, certains vont mendier à l'extérieur pour s'acheter leurs cigarettes.

#### Un projet de resocialisation dans la maison de retraite:

« De l'errance à la vie en institution »

Dans un premier temps : création de passerelles avec l'accueil de nuit Saint Jean de Dieu.

Nous avons réfléchi et élaboré une procédure d'accueil avec l'accueil de nuit. Les hébergés désirants venir à la maison de retraite sont accompagnés lors d'une première visite. Ils rencontrent d'anciens hébergés résidant à la maison de retraite. Ils ont la possibilité de venir passer une ou plusieurs journées.

Ce projet qui a débuté en 2001 avait pour objectif de favoriser les échanges entre résidents marginalisés et non marginalisés.

Pour exemple : lors de la réalisation d'un court métrage, un résident marginalisé a apporté sa contribution à l'activité cinématographique, il a eu un rôle important et a su trouver une place au sein du groupe. Les personnes âgées l'ont regardé différemment grâce à son nouveau rôle tenu. Il a continué quelque mois à échanger et à jouer à la belote puis il s'est peu à peu exclu se disant persécuté et ne voulant plus que nous nous occupions de lui.

Un prix obtenu par la Fondation de France, a permis de payer des vacances hebdomadaires d'une psychologue. Elle rencontre en moyenne tous les lundis matins 5 à 6 résidents. Sur la demande du personnel, mais également des résidents qui ont eu un comportement agressif ou une attitude déviante suite à une prise d'alcool importante. Certains acceptent d'échanger et de se confier, mais il s'avère qu'il faut que cela soit hors cadre et sans rendez vous, d'autres par contre refusent.

La prise en charge de ces personnes isolées revêt une difficulté particulière. Elles sont en mal-être d'ordre psychologique plus ou moins important, et pour un grand nombre dépendantes de l'alcool.

L'après-midi, des ateliers-mémoire permettent aux personnes marginalisées ou non marginalisées de se côtoyer. Tous ne participent pas activement et régulièrement. La sollicitation de la mémoire collective permet de se trouver rattaché à un passé commun (lié à un fait historique, d'être d'une même région...). Il se crée ainsi un sentiment d'appartenance et elles se sentent plus proche les unes des autres.

Des ateliers de théâtre dirigés par une orthophoniste se déroulent une fois par semaine dans le but de leur permettre de communiquer entre eux, d'écouter l'autre dans le plus grand respect malgré ses difficultés d'élocution. Les personnes marginalisées ont perdu l'habitude de s'exprimer car elles n'avaient personne avec qui discuter dans la rue. La gageure de ce projet, en cours, est de les ramener à un désir d'échange, de plaisir à communiquer et de faire en sorte que leur mode de communication évolue.

Nous constatons que les résidents marginalisés qui participent aux activités proposées, de manière régulière, sont ceux dont le capital social est le plus important. Ils ne présentent pas de problème important d'adaptation à la vie en maison de retraite. Certains travaillent auprès des animaux, à la buanderie, aux espaces verts...

Les autres au contraire s'isolent ou restent entre eux.

Lors des entretiens avec les personnes âgées, nous nous sommes rendus compte que la qualité de vie qu'elles souhaiteraient est très différente de celle que nous aurions tendance à leur proposer.

Si dans l'ensemble elles se trouvent mieux par le fait d'avoir un toit pour dormir et de ne pas être à la rue tous les matins, par contre elles ne sont pas complètement satisfaites d'être en maison de retraite. Elles ont peur d'une

ingérence dans leur vie et d'une restriction de leur liberté. Par conséquent, elles refusent toute offre qui ne prennent pas en compte leur habitude de vie passée.

Dans cette perspective toute recherche de solutions les concernant doit intégrer le respect de leurs libertés et de leurs choix individuels. L'accueil de ces personnes entraîne une certaine prise de risques, aussi bien pour la personne elle-même que pour l'établissement. Une tolérance, parfois difficile vis à vis des représentations et des images négatives que cela suppose pour la maison de retraite. Toutefois elle est nécessaire car l'interdiction amènerait une rupture de communication ou leur départ immédiat : exemple le fait de mendier à la sortie de la messe ou dans le quartier ou la consommation d'alcool dans l'enceinte de la maison de retraite.

Leurs attentes sont aussi de l'ordre de la vie sociale avec une recherche de reconnaissance, d'utilité et de garder ou renouer avec des relations.

L'accueil de ces personnes soulève de fortes difficultés relationnelles avec les autres résidents et le personnel. La maison de retraite Saint Jean de Dieu reçoit tous types de personnes autonomes, dépendantes, personnes handicapées vieillissantes et la moyenne d'âge est élevée.

La cohabitation des divers types de dépendance et de catégories sociales est souvent mal supportée par l'ensemble des résidents marginalisés ou non marginalisés.

Des actions spécifiques leur ont été proposées pour les intégrer ainsi que des interventions d'une psychologue pour ceux qui désiraient discuter.

Il y a eu une prise de conscience d'une partie du personnel qui a modifié son comportement vis à vis de ce public. Ceci a demandé une adaptation dans les méthodes de travail : exemple ne pas obliger un résident à prendre régulièrement la douche.

Après une période de tension avec certaines familles des autres résidents, elles ont accepté la présence dans un service d'un public en difficulté. Nous observons même des actions d'entraide : les personnes marginalisées amènent volontiers des résidents plus âgés aux activités et vont faire leurs courses.

D'autres évolutions ont pu être notées telles que des changements de comportements : tenue vestimentaire plus correcte, respect des horaires pour les repas, elles retrouvent peu à peu des repères. Nous constatons qu'elles ont besoin d'un accompagnement et d'un temps plus long pour s'adapter à leur nouveau lieu de vie que les autres résidents.

Mais l'établissement se heurte à la difficulté qui réside dans le fait que certaines personnes fortement marginalisées vont chercher à échapper aux contraintes des règles de fonctionnement. Exemple, elles introduisent des comportements de la rue ce qui entraîne sa ré-exclusion au sein de l'établissement.

### Conclusion :

Nous pouvons nous poser la question de savoir :

La maison de retraite Saint Jean de Dieu est-elle une réponse pour les personnes sans domicile fixe de plus de 60 ans ?

Car malgré des efforts importants pour les intégrer et leur limiter les contraintes , elles ne peuvent pas toutes s'adapter à la vie de la maison de retraite. Nous remarquons que la durée dans l'errance est en corrélation avec la rupture du lien social ce qui freine leur intégration dans la structure.

Comme J'en faisais référence au début, la mission de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu est fondée sur l'hospitalité des plus démunis.

Il nous paraît important , alors que la maison de retraite se restructure et amorce un travail de réflexion pour la mise en place de la démarche qualité , de redéfinir la mission de cet établissement pour qu'il ne devienne pas une maison de retraite « comme les autres » mais sache perdurer toute sa spécificité induite par les valeurs du Fondateur de l'Ordre Hospitalier.

Il faut adapter l'existant en assouplissant encore un peu plus les règles de fonctionnement pour les aider dans leur vie quotidienne et les amener à un désir d'échange et de relation, mais également imaginer d'autres réponses pour les personnes en grande marginalisation.

Dans l'effort quotidien de l'hospitalité nous devons leur préserver la 1<sup>ère</sup> place en tant qu'acteurs de leur intégration dans la maison de retraite Saint Jean de Dieu.

Merci aux trois intervenants.