

Femmes en marge un genre à part

Prestation de service 8495

Viviane Prats et Diane Baecheler

Pères et mères dépendant-e-s enfants dépendants?

Le 9 juin 2011



école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

Sous l'impulsion

La commission toxicomanie de Lausanne Région:

Présidente: Mme Raymonde Gygger

Mme la municipale: Pascale Manzini

M. le municipal: Serge Reichen

Mme Marie Savary, coordinatrice affaires
régionales

Mme Valérie Dupertuis, Rel'ier

Financée par

Lausanne région, avec le soutien de la
ville de Lausanne, Service de la Santé
Publique du Canton de Vaud et
Infodrog pour la Confédération

Un immense merci à l'ensemble de ses
partenaires

La recherche

- Objectifs du mandat
- Déroulement de la recherche
- Données sociodémographiques
- Histoire de vie
- Fréquentations du DSB et des structures d'aide
- Le point de vue des professionnel-le-s
- Quelques données chiffrées en ce qui concerne la fréquentations des structures

La recherche

- Cartographie de l'orientation
- Travail en réseau
- Prise en compte de la spécificité genre dans la prise en soins
- Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte
- Les femmes échappent-elles à l'aide offerte? Et les facteurs explicatifs
- Quelles types d'aide pour répondre aux besoins des femmes?

Objectif du mandat

- Comprendre pourquoi la proportion des femmes toxicodépendantes fréquentant les structures d'aide est si faible.
- Tenter d'avoir une meilleure compréhension de ce que vivent les femmes en situation de grande précarité.
- Evaluer les usages qui sont faits des réseaux d'aide au sens large.

Déroulement de la recherche

S'inscrit dans une perspective de double regard :

- Celui des femmes interrogées (19)
- Celui des professionnel-le-s (35)

structures, relevés par des entretiens individuels

Les femmes interrogées

Caractéristiques particulières:

- Espace public.
- Ecueils spécifiques: temps, situation particulière des femmes au moment de l'entretien.
- Entretiens semi-directifs, enregistrés retranscrits et anonymisés

En préambule

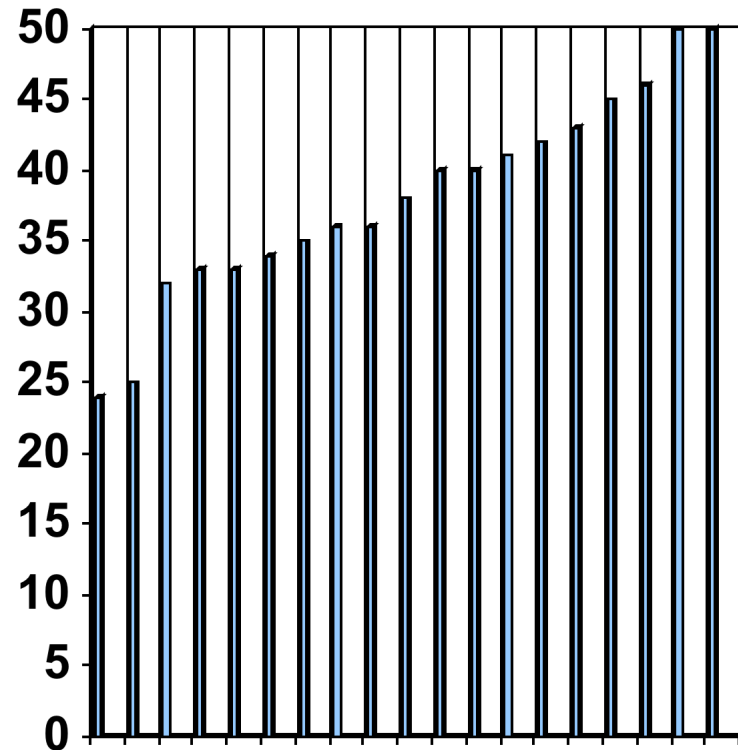
Toutes ces histoires sont singulières, chacune d'entre elles est marquée par des événements particuliers, il est difficile de réduire ces expériences personnelles et d'en faire des catégories représentatives. Le récit de vie livré par ces femmes nous montre une diversité des trajectoires de vie, des relations à l'environnement et des modes de gestion de leurs rapports aux consommations de produits psychotropes.

Ces parcours ne sont pas linéaires et le moment particulier de leurs histoires de vie relaté ne peut être pris que pour ce qui l'est, un arrêt sur image à un moment donné. Mais au delà de la diversité des modèles des constantes émergent, celles-ci ont plus à voir avec les représentations sociales liées à ce qui est généralement attendu des femmes dans notre société, dans ce sens toutes les femmes rencontrées transgressent ces idéaux.

Données socio-démographiques

Âges des femmes interrogées:

Peu de femmes très jeunes.
La majorité entre 32 et 45 ans
Deux femmes de 50 ans



Etat-civil

- 8 femmes sont séparées ou divorcées
- 3 femmes sont veuves
- 8 femmes sont célibataires

Parcours scolaires et professionnels

Deux CFC de commerce.

1 diplôme d'animatrice socio-culturelle.

1 licenciée universitaire.

Pour les autres aucune formation certifiante post-scolaire et pour la majorité d'entre elles une formation initiale minimum.

Ces différents éléments sont importants à prendre en compte.

Mais nous savons aujourd'hui que le décrochage et l'échec scolaires peuvent être des facteurs prédictifs d'un risque de consommation de produits psychotropes et vice-versa.

Les difficultés relatées autour de l'insertion professionnelle sont nombreuses.

Prestations sociales

La majorité d'entre elles, soit 12 personnes dans les entretiens, mentionnent qu'elles sont à l'aide sociale. Une au RI, deux personnes sont en attente d'une rente AI. Deux sont au bénéfice de l'AI.

L'une d'entre elles mentionne une rente de veuve.

Par ailleurs, quatre femmes ont une activité professionnelle rémunérée à temps partiel. Pour l'une d'entre elles, ce revenu complète une rente AI partielle. Pour une autre, l'aide sociale compense son revenu, qui est très faible.

Le logement

11 déclarent avoir un logement à l'heure actuelle dans la région lausannoise. Une a trouvé un logement dans une ville périphérique. Une vit dans un logement vétuste. Deux sont à la rue depuis plusieurs mois.

Deux vivent à l'hôtel, en banlieue et à la campagne.

Une vit chez sa mère depuis trois ans.

Une vit en foyer, AEME, après un parcours dans la rue.

Seules trois de ces femmes ont su conserver sur le long terme un logement stable, ce sont par ailleurs dans nos rencontres celles qui sont, de façon générale, les mieux insérées.

Mais toutes les autres décrivent avoir véritablement galéré pour trouver une solution et se loger.

La question du logement est donc une question récurrente traitée à de multiples reprises dans le cadre du DSB.

Histoire de vie

Précarité familiale, consommation et placement institutionnel

Plusieurs de ces trajectoires de vie sont marquées par la précarité et la dépendance, qui sont en fait des histoires familiales ou l'abus de substances des parents et le placement en foyer des enfants se répètent depuis au moins deux générations. C'est le cas pour deux d'entre elles. Deux autres ne parlent pas de leur passé familial, mais ont néanmoins aussi été placées en institution.

Pour l'une de ces femmes c'est même la troisième génération.

« Comme je t'ai dit, j'ai été moi-même placée dans un foyer quand j'étais jeune, et en foyer on n'apprend pas les bons trucs. Les plus âgés, ils initient les plus jeunes au tabac, au shit, j'ai commencé à fumer du shit vers quatorze ans, après il y a eu l'héro, ça fait vingt ans que je suis en cure de méthadone »

Histoire de vie

Abus sexuel dans l'enfance

Si la question des violences sexuelles et des abus ne se limite pas à l'enfance, dans le groupe des personnes interrogées trois d'entre elles mentionnent des abus subis pendant cette période de leurs existences et qu'elles donnent comme facteur explicatif de leurs consommations.

« Moi j'ai eu des viols dans mon enfance à huit jusqu'à treize ans par mon frère. Et à partir de là je crois qu'à douze ans, j'ai connu le joint, le cannabis, j'ai tout de suite aimé. Voilà c'était la façon qui allait m'aider à supporter. Parce que c'était un secret, parce que bon j'ai vécu ça toute seule. Et puis c'était pas facile. Et puis bon, je me suis réfugiée dans les drogues. »

Histoire de vie

Abus sexuels et violence à l'âge adulte:

Plusieurs de ces femmes relatent différentes expériences de ce type et en particulier des histoires de viols, de relation sexuelle sous contraintes et de violences physiques à leurs égards.

« L'homme avec qui elle vit la frappe, elle doit aller se faire refaire les dents. Il vit à sa charge depuis 3 mois. Se demande pourquoi elle supporte cela, d'autant qu'elle pense qu'il a des rapports non protégés avec d'autres quand il lui arrive de partir quelques jours » (Note d'entretien).

Histoire de vie

Abus sexuels et violence à l'âge adulte:

- « Durant l'entretien : *C'est pas évident quoi. Et puis surtout maintenant, avec André, qui me rafle tout. Pfff ! Enfin bon. On fait avec (...)* Parce que vu qu'avec André, des fois, on rentrait bourrés et qu'il me tapait dessus. Il y avait toujours les flics, l'ambulance, ça faisait le bordel. »
- « Elle dit qu'elle a eu de la chance, qu'il ne lui est jamais rien arrivée de grave, mais que cela aurait pu, une fois elle s'est retrouvée avec un flingue sur la tempe, par un dealer » (Note d'entretien).

Histoire de vie

Prostitution

Sept femmes de notre groupe ne se sont jamais prostituées, six autres évoquent des moments de prostitution. Pour les autres c'est moins clair.

Par exemple l'échange de prestation sexuelle n'est pas envisagée forcément comme de la prostitution, l'une de ces femmes qui déclare ne s'être jamais prostituée nous confie qu'elle couche parfois avec son dealer pour obtenir du produit.

Histoire de vie

Estime de soi

Les récits de vie des femmes rencontrées, à deux exceptions près, démontrent que ces femmes ont d'elles-mêmes une estime assez faible que tous les événements problématiques ne font que renforcer.

« *Voilà je dois prouver à la société, bon ben voilà, parce que quoi je suis une ancienne tox. Eh oui puis l'ancienne tox pour se défaire de la justice, pour être indépendante, s'assurer, elle doit prouver, prouver que que voilà. Je veux dire parce que je suis pas qu'une merde puis voilà, et puis voilà, et pis ce que je veux dire et non ma vie c'est quoi, non ben c'est autre chose et pis je n'ai pas envie de continuer à me droguer puis quoi, il y a quoi, si je continue ma vie à me droguer ça veut dire quoi, ça veut dire et bien un de ces quatre, tu fais une overdose dans les chiottes publiques, comme ça t'es toxico jusqu'au bout des os. »*

Histoire de vie

Trajectoire de consommation

Deux types d'entrée **progressive / brutale**

« *Alors malheureusement, j'ai eu un mauvais départ. C'est j'ai rencontré quelqu'un dont je suis tombée amoureuse à l'âge de 19 ans (...) Et comme lui c'était quelqu'un qui se piquait, il m'a dit ben écoute toute façon si tu fais une ligne c'est beaucoup trop, je préfère te faire un shoot et puis on verra comment (...) J'avais tout de même été informée pendant l'adolescence de la gravité de la drogue, mais quand vous êtes pris dans une histoire comme ça, une histoire d'amour, c'est très difficile de dire non à moins, il faut vraiment avoir un sacré caractère : Moi j'avais quand même beaucoup d'influence, de la curiosité en me disant mais quel effet ça fait ?*

Histoire de vie

Trajectoire de consommation

« *Alors bon j'ai accepté et pis en acceptant cette fois-là je me suis... Je suis tombée à pieds joints dedans. Donc j'ai directement commencé à me shooter donc j'ai pas commencé avec des lignes et on utilisait beaucoup cela pour le côté festif, le côté sexuel, donc au début tout est beau tout est rose. Après, on se rend pas compte qu'il y a vraiment une dépendance. »*

Histoire de vie

Produits consommés

De la poly-consommation à la prescription de substitution.

Deux d'entre elles se déclarent aujourd'hui abstinentes (une sous méthadone).

Trois d'entre elles refusent de faire une cure de méthadone.

Deux autres ont moins recours aux drogues illicites, mais consomment massivement de l'alcool.

Une consommation qui oscille entre abstinence et tentative de gestion de la consommation, toutefois lors d'événements jugés comme traumatiques la rechute est souvent présente et est vue comme un moyen de calmer les angoisses, voire de lâcher prise face à une réalité perçue comme trop douloureuse.

Histoire de vie

Maternité / parentalité

Deux groupes s'opposent, Les mères et les autres
Question du retrait de droit de garde des enfants
Leurs visions du SPJ.

« Qu'on me prenne mes enfants ! C'est ça qui m'a tuée... Tu vois, j'ai eu deux grossesses, deux fausses couches, et même une fois un avortement, parce que je ne voulais pas qu'on me le prenne à la naissance, une fois de plus je ne l'aurais pas supporté. Le SPJ, c'est des pourris, ils m'avaient fait des promesses – On m'a dit de faire des PU, de prouver que j'étais clean, que j'avais un appart, il fallait que j'aie une situation quoi... et que je pourrai récupérer ma fille. Et j'a fait le PU, pendant deux ans, j'ai fait tout ce qu'on m'a demandé. Mais j'avais fait de la prison, et « tox » c'est une étiquette qui colle... on ma jamais rendu ma fille malgré les promesses. »

Histoire de vie

Maternité / parentalité

- « Il a 18 ans, il vit toujours avec moi, heureusement que je l'ai eu, malgré mes consommations, mes illusions de maîtrise, mais j'ai toujours eu mon fils avec moi, c'est lui qui m'a gardée enfin grâce à lui, j'ai toujours pu garder la tête hors de l'eau. Je me disais si tu dérapes un moment donné avec ça, tu vas avoir le SPJ sur le dos et puis on viendra te retirer ton fils et puis ça c'était hors de question, pour moi ce n'était pas possible de l'envisager, je ne donnais pas cher de ma peau. »*
- « On m'a retiré mes enfants pour que je puisse me reconstruire et mettre de l'ordre dans ma vie, mais sans mes enfants je m'enfonce dans la déprime et dans ces conditions je ne vois pas comment je peux me reconstruire. »*

Fréquentation du DSB et des structures d'aide

Ce que les femmes ont voulu nous dire sur les raisons de fréquenter ou non les ressources d'aide à disposition.

Reconnaissance que de nombreuses choses existent.

Les critiques les plus virulentes sont à mettre en lien avec leurs propres expériences et concernent avant tout la question du logement.

Les structures d'hébergement d'urgence sont mises en évidence pour faire remarquer l'insuffisance de l'offre et son inadéquation en ce qui concerne les femmes qui ont une activité nocturne ou les femmes accompagnées d'enfants.

Fréquentation du DSB et des structures d'aide

- « Pour la structures de nuit, le problème c'est que voilà à 08h30-09h00 on est loin. Donc la prostitution finit à 05h00, allez là-bas, on s'endort à 06h00 pour être réveillée une heure et demie après pour le déjeuner. Des fois ça valait pas la peine. Pis bon, maintenant c'est pris d'assaut donc... (...) maintenant il faut réserver. Donc ça si j'ai un truc à dire c'est faut ouvrir plus les lieux où les gens peuvent dormir la nuit. Il y a besoin de plus. »
- « Ce que je pourrais dire c'est que vis à vis de la toxicomanie, vis à vis des clochards, il n'y ait que le Sleep In qui accueille des enfants. C'est le seul endroit parce que je pense qu'il y a des mères qui sont avec leurs enfants, enfin moi j'ai aussi vécu... connu des femmes toxicomanes qui étaient avec leurs enfants et pis que le SPJ ne voit même pas. Parce que voilà on peut pas tout voir non plus. Et pis qui ballotaient leur enfant à gauche à droite. »

Pour ceux qui vivent dans la rue, la nécessité de mettre en place un garde bagages

- « le Sleep In il fait aussi garde meubles, mais je veux dire que les gens qui sont SDF ils ont quand même des cornets, des sacs poubelles, puis je trouve malheureux qu'ils doivent se trimballer ça toute la journée parce que qu'est ce qu'ils font, ils font que marcher toute la journée sans rien d'autre à faire et je trouve que c'est vraiment dommage qu'il n'y ait qu'une seule structure pour tout le monde qu'il y a pour mettre leurs bagages. »

Fréquentation du DSB et des structures d'aide

Une orientation en terme de logement jugée inadéquate

« c'est-à-dire si vous êtes vraiment toxicomane, ben comme moi, j'avais plus de logement, rien, ils ne vont pas prendre en compte votre parcours. Et essayer peut-être de cibler plus juste, lorsque l'on m'a mise au foyer du Relais de Vidy, on m'a mise directement dans la zone donc ça, ça a été très dangereux pour moi. Il y avait je crois en tout une quinzaine de toxicomanes, toutes les femmes se prostituaient ça n'avait jamais été mon cas. »

« c'était une nuit mon expérience au Sleep In avec tout mon salaire dans la poche. Planqué toute ma thune dans ma taie d'oreiller puis se réveiller le lendemain ne plus avoir une seule thune. Donc la nuit au chaud, tout le reste du mois dehors, à ne pas bouffer, à ne pas avoir de clope, à ne pas pouvoir donner à manger à son chien, le pauvre. »

Le point de vue des professionnel-le-s

Une classification difficile en fonction de la multiplicité des missions des institutions, qui permettent à certaines structures de se retrouver dans de nombreuses catégories, mais pour faciliter l'analyse nous avons choisi de prendre en compte l'intervention principale de celles-ci, ce qui est un peu réducteur.

Elles ont donc été classées de la façon suivante:

Les généralistes: Centre social cantonal, CSR, CSP, Caritas Casi, Graap, Tandem et Unafin.

Les spécialistes addictions accueil en résidence: Fondation des Oliviers, du Levant, Bartimée et Foyer du Relais.

Les spécialistes addictions ambulatoires: Centre Saint-Martin, Centre du jeu excessif, Service d'alcoologie du Chuv, le CAP de la Fondation du Levant, ainsi que les médecins de l'AVMCT, unité de psychiatrie mobile.

Le point de vue des professionnel-le-s

Les spécialistes addictions du DSB: La fondation ABS, le Passage, Le Rela'ids.

Les spécialistes qui offrent des prestations de réinsertion ou d'occupation: Céfil, Betrhaïm, L'atelier l'Eveil, Sport'ouverte, Fondation Mère Sofia, Macadam.

Les spécialistes des questions de violence: La Lavi, le Centre d'Accueil Malley-Prairie

Les structures d'hébergement nocturne: La Marmotte et le Sleep-in.

Les structures de prévention au sens large: Fleur de Pavé et Point d'Eau, La Pastorale de rue.

Le point de vue des professionnel-le-s

Mise en évidence du nombre de femmes fréquentant ces différentes structures.

Difficultés méthodologiques: liées en particulier à la manière de comptabiliser interne aux structures, certaines le recensent en nombres de contact, d'autres en termes de dossier, donc c'est assez difficile d'avoir une vision claire en ce qui concerne le nombre réel de femmes.

Généralistes: Population femmes entre 20 et 50 % varient selon les structures entre 10 et 25 femmes toxicodépendantes, et 5 à 10 % de femmes fortement marginalisées.

Résidentiels: entre 20 et 25 % et 5 à 10 % de femmes toxicodépendantes décrites comme fortement marginalisée.

Le point de vue des professionnel-le-s

Spécialistes ambulatoires médicaux:

AVMCT: 10 femmes toxicodépendantes et 20 femmes fortement marginalisées / 4 femmes toxicodépendantes et 2 femmes marginalisées.

Structure psychiatrique: 50 % de femmes dont 20 % de femmes avec une problématiques de dépendance et trois fois plus de femmes en situation de grande précarité.

Spécialiste du jeu: 25 % de femmes dont 5 à 10 % ont une problématique de dépendance associée au jeu pathologique.

Pour les autres structures addictions le pourcentage des femmes oscille entre 25 et 26 % soit un quart de la population traitée.

Le point de vue des professionnel-le-s

Spécialistes addictions du DSB:

Varié entre 30,9% et 16 %, mais ceux qui rencontrent le plus de femmes sont les TSHM.

Spécialistes réinsertion / occupation:

Entre 10 et 70% de femmes et entre 8 et 50% de femmes toxicodépendantes.

Spécialiste violence:

3,7 % des femmes avec une problématique d'addiction et 6 % de femmes fortement précarisées.

Le point de vue des professionnel-le-s

Structure d'hébergement nocturne: Présence massive d'hommes, peu de femmes, fortement marginalisées.

Structure de prévention: Pour l'une qui s'adresse majoritairement aux femmes, 10 % de femmes dépendantes, alors que les 2/3 des femmes sont décrites comme fortement marginalisées.

Pour l'autre peu de femmes dépendantes et entre 10 et 15 % de femmes en situation de marginalité.

Cartographie de l'orientation

La majorité des structures mentionnent une orientation différenciée selon les problématiques rencontrées, ce qui signifie que les structures généralistes ou non spécialistes addictives orientent les femmes qui ont une problématique de consommation de produits psychotropes vers le réseau spécialisé dans les dépendances.

Et pour les femmes fortement marginalisées une orientation en fonction des problématiques dégagées.

Ceci démontre une connaissance des offres complémentaires proposées à leurs propres prestations.

Travail en réseau

Différentes manières de travailler en réseau:

Autour de situations emblématiques, espace de rencontre, d'intervision permettant de collectiviser les problématiques et de trouver des solutions, confrontation des regards, apprentissages collectifs.

Travail en réseau autour d'une personne, ceci va varier en fonction des mandats institutionnels, certains sont légitimés par leur posture professionnelle, d'autres le sont moins.

Le travail en réseau fait partie de la nature de leur travail fortement légitimé, alors que d'autres le font en fonction des demandes des usagers, ces prestations sont donc moins liées à un aspect contractuel, ce qui pose parfois des problèmes de reconnaissance vis à vis des autres acteurs professionnels.

Prise en compte de la spécificité genre dans la prise en soins

Le genre induit des différences spécifiques, mais qu'en est-il dans la prise en compte de ces différences dans la manière de prendre en soins les femmes dans le cadre des prestations offertes dans les différents lieux?

Seulement deux des structures interrogées mentionnent ne pas prendre en compte ces différences.

Les choses sont un peu moins précises lorsqu'il s'agit de décrire comment sont prises en compte ces différences.

Prise en compte de la spécificité genre dans la prise en soins

En ce qui concerne la question des formations à ce genre d'approche, les trois quarts des structures répondent être formés à ces approches alors qu'un quart d'entre elles mentionne ne pas l'être.

Les réponses, là encore, sont diversifiées. Certains se sont formés avec l'expérience, on se sensibilise à ces questions sur le tas. D'autres déclarent avoir des collègues plus sensibles à ces questions, on va donc déléguer à ceux-ci les situations rencontrées.

D'autres encore déclarent très clairement manquer d'outils pour pouvoir intervenir de façon qu'ils jugent adéquate.

Besoins spécifiques à prendre en compte

A cette question la majorité des structures donnent des réponses. Seules cinq d'entre elles déclarent ne pas avoir d'avis sur la question.

Pour les deux groupes des différences assez importantes sont à relever dans les réponses données et, en particulier, la problématique addictions suscite plus de réponses.

Nous avons regroupé ces différents thèmes par catégories:

Santé physique: identique pour les deux groupes avec une mention spécifique HVC pour les femmes toxicodépendantes.

Santé sexuelle: Evoquée pour les deux groupes, avec focus sur la question des abus sexuels pour les femmes dépendantes, idem en ce qui concerne la prostitution, mais aussi les questions en lien avec la maternité.

Besoins spécifiques à prendre en compte

Santé psychique: Mentionnée pour les deux groupes, un peu plus souvent pour les femmes dépendantes. / 7

Parentalité: Mentionnée pour les deux groupes, mais beaucoup plus souvent pour les femmes dépendantes. / 10

Relation avec l'entourage et la famille: Mentionnée uniquement pour les femmes dépendantes.

Relation avec les professionnel-l-e-s: mentionnée uniquement pour les femmes dépendantes.

Difficultés de demander de l'aide: Identique au deux groupes.

Stigmatisation sociale et clandestinité: pour les deux groupes, mais prédominance pour les usagères de drogues.

.

Besoins spécifiques à prendre en compte

Détresse: Uniquement pour les femmes marginales.

Rapport de séduction: Uniquement pour les femmes dépendantes.

Mensonge: Exclusivement pour les femmes toxicodépendantes.

Statut de séjour précaire: Mentionné uniquement pour les femmes en situation de marginalité.

Volonté de s'inscrire dans un processus de changement: Uniquement pour les femmes dépendantes.

Prendre en compte la question des animaux: Femmes dépendantes.

Résilience: Femmes dépendantes.

Formation: Pour les deux groupes, mais plus souvent mentionnée pour les femmes en situation de précarité.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Statut de séjour: Dans certaines structures interrogées, les femmes qui sont considérées comme vivant une situation de forte précarité sont des migrantes clandestines. Dans la cohorte des femmes rencontrées aucune ne correspond à ce profil, ce qui ne signifie pas qu'aucune migrante clandestine ne souffre de problématique d'addictions, mais ce n'est pas en tout cas ce qui est mentionné par certaines structures.

Une partie des structures DSB est également confrontée à cette population.

Ce qui est relevé ici est à mettre en évidence avec la question de la clandestinité et de l'absence de statut légal.

Pour cette population la question de la maternité est envisagée comme une ressource.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Violences conjugales: Celles-ci restent souvent isolées très longtemps, la demande d'aide est difficile, lorsqu'elle émerge les femmes sont orientées vers les structures spécialisées.

Monoparentalité / Histoire de vie / cumul des vulnérabilités comme facteurs de précarité: Différents éléments qui participent à l'installation d'une précarité chronique. Le cumul des problèmes et la complexité des situations rendent l'intervention difficile.

Co-morbidité: peu favoriser le décrochage et renvoyer les individus à des situations de marginalité ou alors, au contraire, leur permettre une véritable accroche si la problématique peut être traitée.

Violence: souvent identifiée par les professionnel-le-s, qui mettent en évidence que les plus jeunes femmes semblent moins soumises à la violence des hommes.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Stratégie adaptative recherche de solution et logement:

Selon certain-e-s professionnel-le-s, les femmes trouvent et cherchent des solutions pour faire face à certains problèmes comme le logement par exemple, mais les alternatives trouvées les replacent dans des situations de dépendance et de soumission qui ne favorisent par leur émancipation et les maintiennent dans une situation de fragilité.

Estime de soi, maternité et grossesse:

De façon générale la question de l'auto-estime que ces femmes ont d'elles-mêmes est assez faible, ce qui est confirmé largement par les intervenant-e-s.

Par ailleurs les questions en lien avec la grossesse sont toujours aussi difficiles, que ce soit pour elles-mêmes mais aussi pour ce que cela suscite chez les professionnel-le-s.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

La question des enfants et du maintien du droit de garde doit pouvoir s'apprécier en fonction de critères précis et d'une analyse de la situation rigoureuse, mais nous savons bien que dans ces situations les choses sont particulièrement complexes et que le regard des uns et des autres induit une posture particulière et qu'il faut pouvoir s'en distancier pour l'apprécier à sa juste mesure.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Les femmes échappent-elles à l'aide offerte?

A cette question les propos sont encore une fois nuancés, pour la grande majorité des professionnel-le-s (23) ces femmes échappent parfois à l'aide offerte. Pour 9 structures elles échappent souvent à l'aide.

Pour 3 structures elles échappent très souvent à l'aide.

Pour une seule structure elles n'y échappent jamais.

Les facteurs explicatifs: méconnaissance de l'offre existante, inadéquation de l'offre, manque d'accrochage avec une personne significative.

En ce qui concerne l'inadéquation de l'offre, nous ne savons pas si ce jugement est attribué à leurs propres structures ou à la vision qu'ils peuvent avoir des autres lieux.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Un des éléments importants à prendre en compte, c'est que les femmes lorsqu'elles arrivent dans le réseau DSB sont décrites par les professionnel-le-s comme étant « au bout du rouleau », c'est-à-dire lorsqu'elles sollicitent de l'aide auprès des structures bas seuil, non médicalisées, elles sont décrites comme étant dans des situations sociales et sanitaires préoccupantes.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Quels type d'aide répondrait-il le mieux aux besoins spécifiques des femmes?

Différentes réponses sont proposées:

Des structures exclusivement pour les femmes / focalisées sur une problématique particulière / multi-problèmes.

Personnalisation de l'aide, plus axée sur la question de l'amélioration de l'intervention en lien avec une meilleure compréhension des situations.
En travaillant en particulier sur la représentation des professionnel-le-s.

Un accompagnement au féminin.

Former les professionnel-le-s dans une perspective genre.

Une meilleure coordination entre les services.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Hébergement et logement :

Hébergement jour et nuit, pour se poser, se protéger.

Plus spécifiques. accueil des enfants / soins.

Foyers d'accueil temporaire avec des ateliers spécifiques apprentissage de la quotidienneté.

Accompagnement social:

Question de l'endettement. Bilan socio-administratif qui devrait se faire dans les milieux spécialisés. Mise en place d'un coaching, développement d'un case-management. Consultation itinérante.

Faire preuve de souplesse et de créativité.

Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte

Soutien affectif:

Un soutien médico – social – éducatif, il faut pouvoir les accompagner dans l'affection dans un temps de consolation et d'écoute.

Valoriser les ressources, retricoter le maillage du lien social, exemple le projet Stimulo du Rel'aids.

Offrir un espace spécifique, mais dans un lieu non stigmatisant.

Avoir des attentes à la mesure de ce que les femmes sont capables de faire.

« Ce qui m'aide c'est que tu continues à croire en moi même quand je n'y crois plus »