

Etude

«Femmes  
en marge  
un genre à  
part ?»

Réalisée par  
l'Ecole d'Etudes  
sociales et  
pédagogiques -  
EESP -

Prof. Viviane Prats

Chargée de  
recherche  
Diane Baechler



Lausanne Région



REL'IER

Septembre 2011

## **Remerciements**

Nous tenons ici à remercier les femmes rencontrées qui ont accepté de nous livrer un bout de leurs histoires. Sans elles nous n'aurions pu faire ce travail.

Merci également aux différents professionnel-le-s qui ont répondu au questionnaire et accepté de partager avec nous leurs réflexions. Ce sont eux qui au quotidien s'engagent et soutiennent ces femmes et contribuent à l'amélioration de leurs situations et leur permettent de reconstruire leur dignité qu'elles estiment trop souvent avoir perdue.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AEME : Action Educatives Mères Enfants  
AI : Assurance Invalidité  
ALAMO : Apprentissage au Logement et à l'Autonomie en Milieu Ouvert  
AVMCT : Association Vaudoise des Médecins Concernés par la Toxicodépendance  
CSM : Centre Saint-Martin  
CSR : Centre Social Régional  
CFC : Certificat Fédéral de Capacité  
DSB : Dispositif Seuil Bas  
GREA : Groupement Romand d'Etudes sur les Addictions  
ISPA : Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanie aujourd'hui  
Addiction Info Suisse  
LAVI : Loi d'Aide aux Victimes d'Infractions  
OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique  
OPTI : Organisme de Perfectionnement scolaire, de Transition et d'Insertion  
PU : Prise d'Urine  
RAS : Région d'Action Sociale  
RI : Revenu d'Insertion  
SDF : Sans Domicile Fixe  
SEMO. Semestre de Motivation  
SPAS : Service de Prévoyance et d'Aide Sociale  
SPJ : Service de Protection de la Jeunesse  
TSHM : Travailleurs Sociaux Hors Murs / Travail Social Hors Murs  
TSP : Travail Social de Proximité  
UTT : Unité de Transition au Travail  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Table des matières

<b>Objectifs du mandat</b>	6
<b>Déroulement de la recherche</b>	6
Structures	6
Femmes interrogées	7
Entretiens	7
Déroulement des entretiens	8
Ethique de la recherche	9
Analyses des entretiens	9
Tableau synthétique des caractéristiques des femmes interrogées	9
<b>Remarques préalables à l'analyse</b>	10
<b>Chapitre 1 : Données sociodémographiques</b>	11
1.1 Age des femmes interrogées	11
1.2 Etat civil	11
1.3 Parcours scolaires et professionnels	12
1.4 Prestations sociales	14
1.5 Le logement	15
<b>Chapitre 2 : Histoire de vie</b>	18
2.1 Précarité familiale, consommation et placement institutionnel	18
2.2 Abus sexuel dans l'enfance	18
2.3 Abus sexuels et violence à l'âge adulte	20
2.4 Prostitution	21
2.5 Estime de soi	22
2.6 Trajectoire de consommation	23
2.7 Produits consommés	25
2.8 Trajectoire de consommation, la diversité des modèles	25
2.9 Parentalité	26
2.10 Ressources	29
A) Dans la zone	29
B) Réseau social hors de la zone	29
C) La famille	30
D) La spiritualité	31
<b>Chapitre 3 : Fréquentations du DSB et des structures d'aide</b>	32
3.1 Inadéquation des réponses face aux besoins et expériences négatives	34
A) Les structures d'hébergement d'urgence	34
B) Accueil de nuit et de jour des enfants et des mères toxicodépendantes	35
C) Pour ceux qui vivent dans la rue, nécessité de mettre en place un garde bagages	35
D) Une orientation en terme de logement jugée inadéquate	35
3.2 Identification, identité et non-fréquentation des structures	36
<b>Motifs de fréquentation</b>	40

<b>Chapitre 4 : Le point de vue des professionnels</b>	44
A) Les généralistes qui accueillent les deux populations	44
B) Les spécialistes qui accueillent les femmes toxicodépendantes en résidence	44
C) Les spécialistes addictions ambulatoires médicaux	44
D) Les spécialistes addictions du DSB	44
E) Les spécialistes qui offrent des prestations de réinsertion ou d'occupation	44
F) Les spécialistes qui offrent des prestations en lien avec la violence	44
G) Les structures d'hébergement nocturne	44
H) Les structures de prévention au sens large	44
<b>4.1 Les chiffres de fréquentation des différentes structures selon les deux catégories de population</b>	45
A) Généralistes	45
B) Spécialistes résidentiels	45
C) Spécialistes addictions ambulatoires médicaux	46
D) Spécialistes addictions DSB	46
E) Spécialistes réinsertion/occupation	46
F) Spécialistes violence	47
G) Structures d'hébergement nocturne	47
H) Structures de prévention	47
<b>4.2 Cartographie de l'orientation</b>	47
<b>4.3 Travail en réseau</b>	48
<b>4.4 Prise en compte de la spécificité genre dans la prise en soins</b>	49
A) Les professionnel-le-s consultés prennent-ils en compte la dimension spécifique genre dans leurs manières de prendre en charge les femmes rencontrées dans le cadre des prestations offertes par leurs institutions ?	49
B) Le personnel est-il formé/sensibilisé aux spécificités des besoins des femmes toxicodépendantes ou fortement précarisées ?	49
<b>4.5 Besoins spécifiques qu'il faut prendre compte</b>	50
A) Statut de séjour	52
B) Violences conjugales	52
C) Monoparentalité / histoires de vie / cumul des vulnérabilités comme facteurs de précarité	53
D) Co-morbidités : problèmes d'addictions et diagnostic psychiatrique	53
E) Femmes toxicodépendantes et violences	54
F) Stratégie adaptative recherche de solution et logement	55
G) Estime de soi, maternité et grossesse	56
H) Estime de soi et prostitution	58
I) Rupture avec leur enfant	58
<b>4.6 Les femmes échappent-elles à l'aide offerte ?</b>	60
<b>4.7 Quelles sont les raisons expliquant pourquoi les femmes échappent parfois à l'aide proposée</b>	60
<b>4.8 Quel type d'aide répondrait-il le mieux aux besoins spécifiques des femmes ?</b>	62
<b>4.9 Lien social</b>	63

<b>Chapitre 5 : Des ressources</b>	66
5.1 De l'aide inconditionnelle	67
<b>Chapitre 6 : Synthèse des ateliers de la journée du 11 novembre 2010</b>	68
6.1 Atelier 1: Prévention précoce, échec scolaire, trajectoire de vie	69
6.2 Atelier 2: L'insertion professionnelle	70
6.3 Atelier 3: Le logement	72
6.4 Atelier 4: Parentalité Maternité	74
<b>Recommandations</b>	77
<b>Bibliographie</b>	82

## Objectifs du mandat

Cette proposition de mandat répond à la demande émise le mardi 27 janvier 2009 par la commission Toxicomanie de Lausanne Région.

Le rapport d'évaluation de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, « Toxicomanie dans le canton de Vaud : cinquième période d'évaluation 2004-2008 » met en évidence que le taux d'accueil des femmes dans les structures du Dispositif Seuil Bas (DSB) est relativement faible puisque seulement 15% des utilisateurs sont des femmes. La comparaison qui peut être faite dans les structures correspondantes dans le reste du canton démontre que le taux de fréquentation varie en moyenne de 35% à 45%. Il s'agit de comprendre pourquoi moins de femmes toxicodépendantes proportionnellement au nombre de femmes qui sont sans doute touchées par cette problématique ont recours aux structures offrant des prestations.

### *Les objectifs de la recherche sont donc les suivants*

- Comprendre pourquoi la proportion de femmes toxicodépendantes ayant recours aux prestations du Dispositif Seuil Bas de la région lausannoise est plus faible que sur le reste du canton.
- Tenter d'avoir une meilleure compréhension de ce que vivent les femmes en situation de grande précarité.
- Évaluer pour chacun de ces deux ensembles leur usage des réseaux d'aide : institutions, lieux publics et d'accueil, réseaux sociaux et familiaux, etc.

## Déroulement de la recherche

Il s'agissait à la fois d'interroger **les professionnel-le-s** des structures d'aide et **les femmes** en situation de toxicodépendance et de marginalité. Ce double mouvement nous permet de porter un regard croisé sur la question de l'intervention à la fois telle qu'elle est problématisée par les professionnel-le-s et telle qu'elle est perçue par les usagères auxquelles s'adresse ce dispositif.

### *Structures*

Un questionnaire a donc été envoyé aux différentes structures et associations œuvrant auprès de cette population ; en complément des entretiens ont été effectués (liste en annexe) afin de permettre de préciser différents éléments relevés dans la récolte de données via le questionnaire, qu'il nous semblait nécessaire d'approfondir.

Ces deux étapes nous ont permis de mettre en évidence et d'évaluer l'usage qui est fait de ces différentes ressources par les femmes concernées par cette recherche, ainsi que de déterminer ce que les professionnel-le-s identifient comme étant des freins et des manques, mais aussi des ressources de la part de ces femmes. Les résultats obtenus nous permettent de saisir le pourquoi des différences dans la fréquentation des structures du point de vue des professionnel-le-s et de croiser ces réponses avec celles des femmes interrogées.

Nous avons également dressé, pour chaque institution ayant répondu, une cartographie mettant en évidence la question de l'orientation et du travail en réseau telle que les professionnels nous l'ont rapportée au travers des réponses fournies. Nous y avons par ailleurs inclus la question du nombre de situations traitées selon les catégories suivantes : femmes toxicodépendantes et femmes en situation de grande précarité.

### ***Femmes interrogées***

Afin de trouver des femmes correspondant aux critères de cette recherche, nous avons décidé, en accord avec le groupe de travail de Lausanne Région, de rencontrer des femmes dans l'espace public (hors des structures existantes).

La mise en œuvre de cette partie du travail n'a pas été aisée, plusieurs éléments sont à prendre en compte, en particulier :

- Le temps nécessaire à faire le lien et à approcher ces femmes. De nombreuses heures ont été indispensables pour établir la confiance. Ce temps n'est pas perdu dans le sens où il nous a permis d'avoir une approche un peu plus anthropologique, le matériel d'enquête récolté pendant les moments de présence à la Riponne et les entretiens informels sont tout à fait précieux et utiles pour nous permettre une meilleure compréhension de ces problématiques.
- La difficulté rencontrée par certaines femmes à tenir leurs promesses de rendez-vous implique une perte de temps considérable pour la personne chargée des entretiens.
- Le fait de s'adresser à des femmes majoritairement dans une situation de précarité, et souvent en phase active de consommation, induit aussi des variations dans la qualité des informations récoltées : toutes ne sont pas de même valeur dans le sens ou en fonction de l'état de la personne interrogée (sous substance - en phase euphorique voire délirante). Les discours tenus le sont en fonction de ces variables plus ou moins exploitables.

Par ailleurs, certaines femmes rencontrées ont refusé de participer à un entretien approfondi parce que la situation vécue au moment des rencontres ne leur permettait sans doute pas de parler de leur histoire de vie.

### ***Entretiens***

Nous avons mené 19 entretiens, alors que nous avons fixé un objectif à vingt entretiens. Ces entretiens semi directifs ont été enregistrés, anonymisés et retranscrits. Il s'agissait ici de récolter différentes données afin de mettre en évidence dans leurs discours des éléments explicatifs nous permettant de mieux saisir la réalité. En particulier les éléments décrits comme étant des freins à la fréquentation du Dispositif Bas Seuil, mais aussi de mettre en évidence ce qui est perçu comme étant des ressources aidantes.



Nous avons construit un guide d'entretien de façon à laisser les femmes le plus libres possible dans leurs réponses. Souvent sont introduits dans ce texte des extraits des explications qu'elles donnent et que nous avons volontairement laissés tels quels, sans les retranscrire dans un langage littéraire. Ce qui, nous semble-t-il, est beaucoup plus parlant et illustratif de ce qu'elles vivent.

**La première partie** de l'entretien leur demandait de se présenter afin de récolter des données informatives sur leur âge, leur niveau de formation, leur situation conjugale, etc. Mais aussi leur trajectoire de vie et leur entrée en consommation.

Ces différents éléments nous permettant de comprendre la réalité vécue par les femmes composant notre échantillon au moment de l'entretien.

**La seconde partie** a porté quant à elle sur leurs rapports aux structures d'aide. Ce qui nous a permis de vérifier leurs connaissances du réseau existant et aussi de mettre en évidence les raisons explicatives du recours ou non à ces différentes instances. Par ailleurs, différentes questions nous ont permis de prendre en compte d'autres aspects comme les enfants, le logement, l'insertion sociale et professionnelle, la situation sanitaire et somatique des personnes interviewées.

### ***Déroulement des entretiens***

Les entretiens se sont déroulés en face à face. Dans un premier temps, un local a été mis à disposition par la Ville de Lausanne pour permettre une rencontre à huis clos favorisant la proximité et l'intimité. Ceci nous semblait être une des conditions importantes pour soutenir la rencontre et la confiance nécessaire afin de favoriser l'émergence de la parole. Mais très vite nous nous sommes rendus compte que les femmes interrogées se montraient très réticentes à se déplacer et à quitter les environs immédiats de la place de la Riponne. Des alternatives ont donc dû être trouvées pour permettre la réalisation des entretiens (Musées, bibliothèque etc.). Trois entretiens ont été menés aux domiciles des personnes rencontrées.

Les femmes ont soit été spontanément abordées dans l'espace public, soit des rencontres ont été mises en place grâce aux deux éducatrices du Rel'aids<sup>1</sup> (Travail Social de Proximité) qui ont une connaissance fine de cette population et qui ont bien voulu jouer les intermédiaires pour les besoins de cette enquête. Par ailleurs, nous avons rencontré deux femmes par le CSR de Renens et une par celui de Prilly. Une femme a été rencontrée par la Pastorale de la Rue.

Comme déjà mentionné, trouver des femmes et les faire adhérer à notre projet a pris du temps. Mais de façon générale, les femmes se sont montrées chaleureuses et très accueillantes, très sensibles aussi au fait que l'on s'intéresse à leur situation et que l'on prenne la peine de prendre en compte leurs opinions. Certaines femmes ont évoqué avec de fortes émotions leur histoire de vie, les traumatismes étant souvent très prégnants : accepter de se livrer, de se mettre à nu est une expérience toujours éprouvante, même si la majorité d'entre elles l'ont fait spontanément.

---

<sup>1</sup> Rel'aids, équipe mobile hors-murs de quatre intervenants sociaux qui dépendent de la Fondation le Relais.

Un certain nombre d'éléments ont aussi été apportés en dehors du moment de l'entretien enregistré, nous avons donc à chaque fois pris des notes afin de garder traces de leurs propos.

### ***Ethique de la recherche***

Au niveau de l'éthique nous avons, bien entendu, garanti l'anonymat des répondantes, bien que certaines aient demandé de pouvoir témoigner en leur nom propre. Toutefois il n'est pas exclu, en fonction des histoires de vie particulières, que soit reconnue l'une ou l'autre d'entre elles par les professionnel-le-s du réseau addictions. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi volontairement de ne pas mettre en lien les différentes réponses insérées dans ce rapport, et qui sous-tendent notre analyse, avec les éléments exposés dans la partie de ce travail qui présente brièvement les femmes interrogées, en classant les différents items sélectionnés dans des tableaux. Ce qui signifie concrètement que même si une femme est reconnue, rien ne va permettre formellement d'identifier les réponses qu'elle donne, voire les critiques émises.

### ***Analyses des entretiens***

Cette première partie du travail présente différents éléments recueillis au travers de l'analyse des entretiens effectués sous le chapitre qui traite des trajectoires de vie. Les entretiens ont été retranscrits, les données classées et analysées. Nous avons également pris en compte le matériel recueilli hors entretiens.

Le tableau ci-dessous permet d'avoir une vision synthétique sur les caractéristiques propres aux femmes interrogées en ce qui concerne : leur âge, leur état-civil, la question des enfants. Sont également pris en compte le revenu et le logement.

**Tableau synthétique des caractéristiques des femmes interrogées**

<i>Age</i>	<i>Statut</i>	<i>Enfants</i>	<i>Age des enfants</i>	<i>Revenu</i>	<i>Logement</i>
35	Séparée	1	5	Social	Oui
36	Divorcée	2	7/9	Social	Oui
42	Séparée	3	13/18/20	Social	Oui
32	Instance divorce	2	?	Social	Hôtel
40	Veuve	2	13/18	Social	Non
33	Célibataire	Non	--	AI	Non
40	Séparée	Non	--	Social	Oui
41	Séparée	1	5	Attente AI	Oui
33	Célibataire	Non	--	Social	Oui
45	Veuve	1	18	Rente	Oui
36	Séparée	1	18	Social	Oui
40	Célibataire	Non		Travail	Oui
24	Célibataire	1	5 mois	Social	AEME
43	Séparée	3	13/20/23	Travail + Social	Oui
50	Célibataire	Non	--	Travail + AI	Oui
38	Célibataire	Non	--	Social	Oui
25	Célibataire	Non	--	Social	Hôtel
34	Célibataire	Non	--	AI	?
50	Veuve	2	17/11	Travail	Oui

Les principales variables que nous avons prises en compte sont l'âge des personnes participant à cette enquête, leur statut conjugal, ainsi que leur situation familiale. Les parcours scolaires et de formation, leur incidence sur la trajectoire professionnelle et d'insertion, ainsi que les prestations sociales dont elles bénéficient seront examinées. La question du logement sera également abordée.

Dans un deuxième chapitre seront traités différents éléments comme la question des précarités familiales, des abus sexuels dans l'enfance, de l'estime de soi et des trajectoires de consommation. Seront également relevées les questions en lien avec la parentalité.

Puis, en examinant les réponses fournies par les femmes interrogées, nous nous pencherons sur la question des ressources institutionnelles afin de mettre en évidence ce qui fait le cœur des interrogations en lien avec ce travail, à savoir le recours ou non aux instances du Dispositif Bas Seuil lausannois<sup>2</sup>.

### **Remarques préalables à l'analyse**

Toutes les 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. Les récits des femmes nous montrent précisément 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 l'histoire de vie relaté ne peut être pris que pour ce qu'il est, un arrêt sur image à un moment donné. S'il est difficile de faire des catégories claires, par contre nous devons constater qu'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 ce qui est attendu ; l'image de la féminité et de la maternité en particulier. Toutes partagent ce sentiment de ne pas répondre aux attentes, d'être différentes et stigmatisées. La société d'aujourd'hui exige de nous perfection et performance. Dans ce contexte, la consommation de drogues ne peut être perçue que comme une faiblesse. Or ce que précisément nous montrent ces femmes c'est que dans leur cas la consommation peut aussi être envisagée comme une tentative de gestion des difficultés existentielles. Les problématiques rencontrées nous font seulement prendre conscience de la complexité des situations et des trajectoires de vie.

---

<sup>2</sup> Le Dispositif Seuil Bas (DSB) lausannois.

A la fin des années 90, la Ville de Lausanne mandate Rel'ier pour réaliser l'étude et la mise en place d'un dispositif de coordination dans la prise en charge des personnes toxicodépendantes à Lausanne. Celui-ci est connu sous le nom de DSB et est coordonné par Rel'ier. Le DSB comprend diverses structures<sup>2</sup> qui offrent des prestations différenciées couvrant les besoins élémentaires.

## Chapitre 1 : Données sociodémographiques

### 1.1 Age des femmes interrogées

Ce sont toutes des personnes adultes qui ont été rencontrées, peu de très jeunes femmes, une seule femme de 24 ans et une autre de 25 ans. La majorité d'entre elles ont entre 32 et 45 ans. Deux femmes sont âgées de 50 ans.

### 1.2 Etat civil

**8 femmes sont divorcées ou séparées**

**3 femmes sont veuves**

**8 femmes sont célibataires**

Les personnes veuves le sont de conjoints décédés à cause de la consommation de produits, en général d'overdoses, sauf pour l'une d'entre elles qui par ailleurs a initié sa consommation suite à ce décès. La majorité d'entre elles ont eu des conjoints, des histoires d'amour et des relations avec des personnes généralement toxicodépendantes, sauf deux d'entre elles.

Le statut de célibataire, séparée ou divorcée ne signifie pas de ne pas vivre différentes relations affectives. Leurs histoires sont traversées par des rencontres, des histoires d'amour, des séparations etc., qui ne s'accompagnent que rarement des changements d'état civil correspondant. Pour certaines, il est d'ailleurs parfois difficile de suivre, dans ce quelles livrent de leurs trajectoires, les multiples histoires de cœur dont elles parlent. Cependant, on peut en général deviner, en filigrane, d'autres événements marquants qui ont été relatés.

Certaines ont vécu en couple pendant plusieurs années de façon que nous pourrions qualifier de stable, avec un projet de vie familiale important. Pour l'une d'entre elles la consommation a, à certains moments, joué un rôle régulateur : ils consommaient en couple, c'était pour eux une manière d'apaiser les tensions et de partager quelque chose, d'avoir le sentiment d'être sur la même longueur d'onde.

Trois autres femmes décrivent que les liens relationnels se sont progressivement défaits à partir du moment où elles ont perdu la gestion de leurs consommations et que la dépendance a pris le dessus. Dans ces cas de figures, les moments de la séparation sont toujours vécus comme un traumatisme. Une seule d'entre elles nous déclare avoir su conserver malgré cela une excellente relation avec son ex-mari sur qui elle sait pouvoir compter dans les moments difficiles. Pour deux autres, les relations sont bien plus conflictuelles, en particulier autour des enfants car ce sont les pères qui en ont la garde. Cette question sera abordée plus en détail dans le chapitre parentalité.

### 1.3 Parcours scolaires et professionnels

Ces indications nous semblent essentielles, non pas dans la seule perspective de cette recherche, mais de façon plus générale en termes de prévention. Si l'on peut constater qu'une minorité d'entre elles sont au bénéfice d'un diplôme professionnel, nous devons nous interroger sur la grande majorité qui n'annonce pour seul bagage qu'un parcours scolaire élémentaire et souvent non certifié. Par ailleurs, de nombreuses enquêtes aujourd'hui mettent en évidence que l'échec et le décrochage scolaires peuvent être des facteurs prédictifs d'un risque de consommation de produits psychotropes. C'est la raison pour laquelle sont développés aujourd'hui des programmes d'intervention précoce des situations à risques, qui postulent qu'une intervention rapide et ciblée permet d'éviter que les situations ne se péjorent.

Deux d'entre elles ont un CFC de commerce. Une femme a une formation d'animatrice socioculturelle et une autre une licence universitaire.  
Toutes les autres n'ont aucune formation, ou alors des formations interrompues précocement pour trois d'entre elles.  
Quatre d'entre elles évoquent le fait d'avoir effectué, en fonction des besoins et des possibilités, de petits jobs précaires (serveuse, caissière).  
Une a travaillé comme monitrice de gymnastique.  
Deux d'entre elles ont travaillé comme bénévoles dans le cadre du DSB.  
Une personne a travaillé comme intervenante dans le cadre de l'association Fleur de Pavé.

Celles qui ont une formation professionnelle ont pu maintenir pendant un certain temps, ou maintiennent toujours, une gestion plus ou moins maîtrisée de leurs consommations. C'est le cas en particulier d'une des personnes rencontrées qui fréquente la zone et consomme, mais a toujours su préserver, à part quelques épisodes de chômage, un emploi stable à temps partiel. Par contre, nous devons mettre en évidence que l'emploi qu'elle occupe est actuellement sous-qualifié par rapport à sa formation initiale et les premiers emplois obtenus, ce qui est à mettre en relation avec son histoire de vie.

Une autre des femmes travaille à temps partiel et bénéficie d'une rente AI et une troisième est au bénéfice d'une mesure RI.

Une étude récente de l'ISPA sur la consommation d'alcool dans l'espace public<sup>3</sup> met en évidence que les femmes interrogées pour cette recherche à la Place de la Riponne bénéficient d'une moins bonne formation que les hommes : « Les femmes ont tendance à être moins bien formées que les hommes (40,7% n'ont fini que l'école obligatoire contre 33,9% des hommes) ».

Celles qui ont entrepris des formations et les ont interrompues entretenaient déjà avec les psychotropes une relation problématique.

---

<sup>3</sup> Labhart, F., Notari, L. & Gmel, G. (2010). Consommation d'alcool dans l'espace public : Etude de terrain auprès des passants de Lausanne et d'Yverdon-les-Bains (Rapport de recherche No 47). Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

Une seule d'entre elles a réussi sa fin de formation, mais sa consommation se limitait à cette période au cannabis et aux premières expérimentations de cocaïne:

*« J'ai fugué de chez mes parents, j'étais en dernière année d'apprentissage, j'aurais pu le rater, mais je pense que par fierté vis-à-vis de mes parents, j'ai été jusqu'au bout. »*

Les questions du bagage scolaire et de la formation sont, nous le constatons ici pour cet échantillon, extrêmement importantes. Les usages précoces de produits psychotropes sont prédictifs d'un arrêt des processus de formation. Celles qui ont pu préserver une assise partielle dans le domaine professionnel semblent faire preuve d'une meilleure capacité à gérer leurs consommations. Par ailleurs, les difficultés rencontrées en termes de réinsertion sont nombreuses et génèrent chez certaines de fortes frustrations.

*« Et moi je leur disais, mais trouvez-moi un travail et vous verrez bien que je m'en sortirai. S'ils m'avaient mise en direction du Relais, je m'en serais sortie. Mais eux, ils n'arrivaient pas à comprendre que je suis vraiment différente. Ils disaient « D'abord arrête et après tu travailles. » Non, donnez-moi et après j'arrête. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé. »*

Les difficultés relatées en termes de travail ou d'occupation sont aussi à mettre en lien avec le climat général qui règne aujourd'hui sur le marché de l'emploi. Liée à l'augmentation des postes précaires et au développement massif du travail temporaire, la tension qui règne aujourd'hui, nous le savons, affecte particulièrement les jeunes et les personnes sans formation, et bien entendu à plus forte raison les personnes toxicodépendantes.

*« Oui. Je travaillais dans l'industrie, quoi. Mais maintenant, il n'y a plus rien. Ils sont même en train de virer les fixes, alors... ils ne vont pas engager des intérim. Donc « ... » maintenant, même le chômage ne nous embête même plus. Maintenant vous arrivez, vous dites : « Je travaille dans l'industrie. » « Faites les tampons à l'agence intérim, direct ». Alors qu'avant moi toujours on me disait : « Vous n'avez pas le droit de faire les tampons à l'agence d'intérim. Il faut écrire vos lettres ». Maintenant c'est : « Faites les tampons ». Parce qu'ils savent qu'on n'a rien. Voilà, donc. Si en plus, physiquement ça commence à peser, vous avez des soucis en plus. Et bien voilà, vous êtes dans un état de dépression totale. Et la moitié se suicide. Et après voilà. Et après les gens s'étonnent parce qu'il y a tant de suicides, quoi... La vie est très dure. Vraiment maintenant, il faut avoir un caractère vraiment fort et bien posé pour supporter la vie de SDF ou la précarité. Parce que si vous n'avez pas de caractère, vous ne supportez pas. Vous vous suicidez directement. Ou alors, vous allez à Cery et ils vous filent les cachetons, voilà. Il y en a plein, plein, plein maintenant qui vont à Cery. Parce que c'est trop dur. Mais voilà. Ça ne s'arrêtera jamais, honnêtement. » [rire]*

#### 1.4 Prestations sociales

La majorité d'entre elles, soit 12 personnes dans les entretiens, mentionne 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. Une femme mentionne une rente de veuve. Par ailleurs quatre femmes ont une activité professionnelle rémunérée à temps partiel. Pour une femme, ce revenu complète une rente AI partielle. Pour une autre, l'aide sociale complète son revenu, qui est très faible. Deux femmes ne complètent pas leur revenu par des prestations sociales : l'une déclare consommer occasionnellement et l'autre se déclare abstinente.

C'est sans doute une bonne nouvelle, aucune des femmes rencontrées n'échappe donc totalement aux prestations sociales. Mais nous devons aussi remarquer que l'âge relativement élevé de notre échantillon, qui implique des trajectoires de consommation relativement longues, explique sans doute ceci. Par ailleurs, nous le savons, nous bénéficions dans notre pays fort heureusement d'un système social important.

De ce point de vue, l'enquête effectuée par l'ISPA dans l'espace public des villes de Lausanne et d'Yverdon (Labarth, Notari et Gmel 2010) conforte nos données. « *Provenance du revenu* : La majorité des personnes interrogées bénéficie du revenu d'insertion (RI) ou de l'assurance invalidité (AI) (52 personnes sur 89) ».

Par contre, les critiques que certaines d'entre elles formulent à l'égard des services sociaux sont assez virulentes :

*« Parce qu'il n'y a pas grand-chose. Encore maintenant, moi j'ai besoin d'aide, j'ai vraiment besoin d'aide et il n'y a rien. Alors je peux vous dire qu'ils aident les étrangers sans problème, ils aident les gens qui viennent d'un autre pays, mais moi quand je suis arrivée à Lausanne, que je n'avais rien, il a fallu deux ans pour que je touche le social. »*

*« On m'a vraiment prise pour un punching ball, va ici, va là, va là et tout ça et chaque service te renvoie à un autre service et c'est trop épuisant et maintenant j'aimerais bien qu'on continue à m'aider. »*

*« Non, mais alors franchement... des pourritures, oui ! Ils te donnent une liste de trucs ou une liste d'hôtels et tu te démerdes. Et puis, oui, bon. Si tu n'as rien, tu n'as rien. « ... » Non, non. L'aide mais que dalle, quoi ! Que dalle quoi ! Et puis, ce n'est pas avec 1000 balles par mois que tu peux vivre, quoi. Surtout quand tu as trois gamins qui viennent souvent manger. Et puis bon, quand ils viennent manger, j'essaie de faire pas toujours que des pâtes, tu vois. Un peu de viande, un peu de truc. Mais bon, c'est pas évident quoi. »*

Les services sociaux sont envisagés comme un organisme payeur contraignant et peu aidant. Les personnes toxicodépendantes sont souvent, nous le savons, dans un rapport au temps marqué par l'urgence, le fait de devoir attendre est vécu comme difficile et souvent interprété comme un manque de considération à leur égard.

Dans l'*Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécifiquement destinée aux femmes*, le Groupe de travail Femmes, dépendances, relevait déjà les différentes caractéristiques qui freinent les demandes d'aide comme les lacunes de l'accueil et le manque de personnalisation de l'aide.<sup>4</sup>

Toutes les femmes rencontrées sont ou ont été en lien avec un service social, donc nous ne pouvons pour cet échantillon, mettre en évidence que les femmes rencontrées échappent aux services sociaux, par contre nous pouvons souligner ce qu'elles perçoivent de l'accueil reçu dans ses services. Leur regard est souvent négatif, elles ressentent n'être que des dossiers et pas des personnes : ce manque d'attention est vécu comme un rejet de ce qu'elles sont. Par ailleurs, certaines d'entre elles ont une image d'elles-mêmes si négative que le regard du professionnel ne peut que les conforter dans cette vision d'elles-mêmes. Etre « au social » est perçu par elles-mêmes comme un échec démontrant leur incapacité à être comme tout le monde, une disqualification supplémentaire. Même si elles savent que cette aide est nécessaire à leur survie, et que de ce point de vue-là elles en sont reconnaissantes.

### **1.5 Le logement**

La question du logement, nous le savons, est d'une importance cruciale, il est le signe d'une stabilité et permet le développement d'une intimité. Avoir un espace à soi c'est aussi pouvoir se protéger du regard des autres, c'est aussi un lieu qui permet de pouvoir gérer son temps. Celles qui sont dans l'errance et celles qui vivent en hôtel en particulier soulignent que le fait de ne pas avoir un chez-soi oblige à être dans la rue dans une espèce de temps suspendu, qui ne permet pas de se projeter dans un avenir différent et ne favorise pas la construction d'un projet de vie.

**L'Article 25** de la Constitution universelle des Droits de l'homme nous dit que « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement (...)* ».

Par ailleurs dans la Constitution fédérale nous trouvons également l'article 22 consacré au droit au logement « *al. 1 Le droit au logement est reconnu. Al. 2 L'Etat et les communes veillent à ce que toute personne obtienne, à des conditions raisonnables, un logement approprié.* »

Les différentes femmes interrogées ont majoritairement, à certains moments de leur histoire, rencontré des difficultés importantes de logement. Le contexte et la tension actuelle du marché du logement étant véritablement problématiques aujourd'hui, il n'est donc pas étonnant de constater que pour la population concernée par notre enquête ce ne soit d'autant plus compliqué.

---

<sup>4</sup> Dupertuis, V. et al. (1998). Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Groupe de travail Femmes, dépendances.



Onze déclarent avoir un logement à l'heure actuelle dans la région lausannoise. Une a trouvé un logement à Moudon. Une d'entre elles vit dans un appartement qui semble très vétuste.

Deux sont à la rue depuis plusieurs mois.

Deux vivent dans une chambre d'hôtel, une à la campagne et l'autre à Renens.

Une vit chez sa mère depuis trois ans.

Une vit en foyer mères-enfants, l'AEME, après un parcours dans la rue.

Celles qui ont un appartement ont, dans la majorité des cas, véritablement galéré avant de pouvoir en bénéficier. Seules trois d'entre elles ont su conserver sur le long terme un logement stable. Ce sont dans les rencontres que nous avons faites les femmes qui de façon générale sont les mieux insérées.

L'enquête de l'ISPA effectuée à la Riponne, femmes et hommes confondus, met en évidence que 46 personnes soit 71,9% vivent en appartement, ce qui comprend logement personnel et colocation. 1 personne vit en foyer, 13 personnes sont à la rue (20,3%) (Labarth, Notari et Gmel 2010).

Cette question est récurrente ; à plusieurs reprises les professionnels du DSB se sont interrogés sur les conditions d'hébergement. Deux enquêtes dans le cadre du DSB en 2003 et 2004, coordonnées par Relier, effectuées dans différentes structures et dans l'espace public<sup>5</sup> et deux autres enquêtes menées dans le cadre de la fondation ABS soit le Passage et le Distribus auprès de ses usagers-ères en 2004 et 2005.

Pour l'enquête DSB, 48 femmes avaient été interrogées : 20 femmes étaient logées dans un appartement depuis plus d'un an, 9 femmes vivaient en colocation, 6 femmes se déclaraient SDF, les autres trouvant des solutions d'hébergement diverses: familles, chambre d'hôtel, squat etc.

En ce qui concerne l'enquête de la Fondation ABS, les usagères interrogées étaient au nombre de 36 pour les deux lieux. Pour le Passage : 3 d'entre elles ont recours au logement d'urgence<sup>6</sup>, 2 déclarent un logement précaire et 8 un domicile fixe. En ce qui concerne le Distribus : 3 d'entre elles utilisent les structures d'urgence, 5 vivent dans un logement précaire et 15 ont un domicile fixe.

Comme pour notre étude, c'est à partir d'un tout petit nombre de personnes qu'ont été effectuées ces observations. De ce fait, leur validité en termes statistiques est peu probante. Il faut donc les prendre en compte comme des indications relevant juste d'un état des lieux à un moment particulier.

*« Mais voilà quoi moi je ne peux pas prendre un appartement parce que je sais que ça va être très dur pour moi parce que j'ai des poursuites et je suis aux services sociaux. Donc c'est quasiment impossible d'avoir un logement. Tout ce qui est « studio moderne », c'est bien sympa mais c'est des prix exorbitants pour vraiment rien ».*

<sup>5</sup> Centre Saint-Martin, Soupe populaire, Le Passage, La Pastorale de la Rue, Fleur de Pavé, dans les espaces publics rue et escalier de Saint-Laurent.

<sup>6</sup> Le Sleep-In, La Marmotte et l'Abri pc.

*« J'ai fait dans une journée 89 téléphones, j'ai téléphoné dans tout Lausanne, dans toutes les régions et j'ai réussi à en trouver une chambre d'hôtel au fin fond de la campagne. On a rien quoi. »*

*« Même une chambre d'hôtel, que je puisse me poser quoi. Que j'aie un endroit où me poser, puis que je puisse faire des démarches. Il faut faire comprendre aussi aux gérances que ce n'est pas parce que je suis à l'AI, parce que dès qu'on dit AI, sociaux, ils ont tout de suite peur. Alors qu'à l'AI, le loyer il arrive toujours régulièrement. Le premier truc maintenant c'est de trouver un appart. Mais ce n'est pas en dormant de droite à gauche que je vais y arriver. Puis on dirait qu'ils s'en foutent complètement. »*

*« Une chambre ou même un studio... un endroit où je puisse me poser, décompresser, j'espère que la situation va se débloquer. Tu vois mon homme est français et il n'est pas là légalement, on peut même pas dire qu'on est deux, sinon (...) En ce moment je me fais beaucoup de soucis pour mon homme et pour ma fille aussi, mais comme elle est majeure, on peut pas dire qu'on est une famille pour avoir un appart. »*

Les femmes, lorsqu'elles sont à la rue, vivent des situations difficiles empreintes de violence. Elles réussissent parfois à se faire héberger chez des « amis » et se retrouvent dans une situation d'exploitation sexuelle.

*« Plus dur, je ne sais pas si c'est plus dur. Le négatif ce qui m'est souvent arrivé en tant que femme c'est que des hommes m'hébergent, des copains et tout, et que ben je me réveille au milieu de la nuit et puis qu'ils sont en train de se branler en me regardant dormir ou carrément qu'ils essaient de me pénétrer pendant que je dors. C'est quand même arrivé fréquemment. Autrement non, parce que quand on dort dans les caves que l'on soit homme ou femme, si la concierge vient elle fait chier autant. Je pense que le plus dur c'est souvent les mecs qui essaient de profiter de la situation de la femme. »*

## Chapitre 2 : Histoire de vie

### 2.1 Précarité familiale, consommation et placement institutionnel

Plusieurs femmes nous ont raconté des trajectoires de vie marquées par la précarité et la dépendance, qui sont en fait des histoires familiales où l'abus de substance 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 été placées dans des institutions pour enfants et adolescents.

Nous pouvons dire que quatre d'entre elles sont issues de familles qui ont eu recours au placement institutionnel, que ce soit pour raisons de consommation ou pour d'autres raisons non identifiées. Par ailleurs, l'une de ces femmes a elle-même des enfants dont la garde lui a été retirée. Sa fille aînée est aussi toxicodépendante et mère d'un jeune enfant. Pour cette situation particulière c'est donc la troisième génération de femmes toxicodépendantes.

*« Moi depuis très jeune, moi j'ai été dans des maisons, dans des foyers parce que ma mère... bon mon père est mort quand j'avais une année et demie, ma mère était toxicomane donc elle ne s'occupait pas vraiment de moi. Et moi, c'était dans les années 70, ce n'était pas comme maintenant, avant c'était tabou, c'était vraiment l'horreur, c'était... Et puis. J'ai fait des maisons toute ma vie, des foyers on va dire. Et puis. Et bien voilà. J'ai aussi plongé dans la toxicomanie. »*

*« 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 14 ans, après il y a eu l'héro. Ça fait vingt ans que je suis en cure de méthadone. »*

### 2.2 Abus sexuel dans l'enfance

Les études épidémiologiques qui prennent en compte la question des violences sexuelles subies dans l'enfance sont nombreuses. Dans une enquête américaine effectuée auprès des patientes de médecins généralistes, Jeanne Mc Cauley (1997) démontre qu'une femme sur cinq rapporte avoir subi dans l'enfance des actes à caractère sexuel ou violent. Les incidences en termes de santé mentale sont nombreuses et en particulier le développement d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, des tendances à somatiser les problèmes, le développement d'une faible estime de soi. Par ailleurs est aussi mise en évidence la prévalence de l'abus de drogue qui serait de 4,7 fois supérieur à celui des autres femmes, et pour l'alcool de 2,2 alors que les tentatives de suicide sont 3,7 fois plus fréquentes.

Dans une étude suédoise, Spak démontre que l'abus sexuel vécu dans l'enfance est le principal prédictif de l'abus d'alcool à l'âge adulte (1997).<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Cité par Bouchat.

L'Etude de Roseler démontre qu'environ 66% des personnes abusées sexuellement dans l'enfance ont eu dans le passé ou ont un problème de dépendance aux substances psycho actives légales ou illégales (1993).<sup>8</sup>

Par ailleurs, des données fournies pour le Centre Saint-Martin (Bouchat 2001) nous disent que, sur 120 patientes en traitement de la dépendance, 65 % d'entre elles ont vécu un abus sexuel dans l'enfance.

L'agression sexuelle subie pendant l'enfance est donc bien un facteur prédictif des risques de développer des comportements à risques durant l'adolescence et à l'âge adulte (Bensley, Van Eenwyk & Simmons 2000).

Par ailleurs la question des abus et des violences sexuelles ne se limite pas aux expériences en lien avec l'enfance.

Dans l'enquête réalisée sur la place de la Riponne, Florian Labarth met en évidence que : *« 28 personnes ont confessé avoir été abusées sexuellement au cours de leur vie, dont 4 personnes au cours des 12 derniers mois. Un fort effet de genre est observable ; alors qu'en moyenne 1 homme sur 6 a déclaré avoir été abusé sexuellement c'est le cas de deux femmes sur trois. »* (Labarth, Notari et Gmel 2010)

La consommation de substances peut donc être envisagée comme une stratégie adaptative pour surmonter la honte et la culpabilité, pour se réfugier dans l'oubli de soi, éviter les émotions. Pour effacer l'indicible, il s'agit bien de stratégie de survie. Dans notre échantillon 3 femmes nous ont parlé spontanément des abus subis pendant leur enfance, ce qu'elles donnent comme facteur explicatif de leurs consommations.

*« Voilà c'est là, bon il y a eu tout un travail sur moi-même quand même pour comprendre pourquoi j'en suis arrivée là. Bon des choses que je ne peux pas corriger et que je fais autrement et puis il y a des choses avec lesquelles je dois apprendre à vivre. Comme par exemple les abus que j'ai subis quand j'étais petite, des sévices sexuels. Ça de toute façon c'est clair que ça marque quelqu'un à vie, mais il faut apprendre à vivre avec. »*

*« 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 que, 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 ce n'était pas facile. Et puis, bon je me suis réfugiée dans les drogues. »*

*« C'est surtout que moi je voulais continuer à me droguer quoi. J'étais encore une petite gamine. Même si j'ai vécu des viols, à 13 ans j'ai été violée, puis à 7 ans aussi il y a quelque chose qui a dû se passer, mais je ne me rappelle pas. Même celui de 13 ans pendant longtemps j'avais occulté. Puis il y a 6 ans, j'ai fait une psychanalyse et ça m'est remonté comme ça. Donc j'avais carrément occulté, donc à 13 ans je pense que*

---

<sup>8</sup> Ibid.

*c'est ça qui m'a fait tomber dans la drogue dure en gros. Donc voilà on me disait que j'étais mature et tout moi j'étais quand même une petite gamine. »*

Par ailleurs, les abus sexuels ne sont pas les seuls abus vécus. D'autres types d'abus tels que la maltraitance nous ont aussi été décrits. C'est en particulier le cas pour une jeune femme qui nous a longuement parlé de sa relation à sa mère, marquée par une absence d'amour et de soins, et du rôle maternant qu'elle a dû prendre face à son petit frère pour pallier aux carences maternelles.

Si les abus sexuels sont particulièrement traumatiques dans l'enfance, il ne faut sous-estimer ceux qui sont vécus à l'âge adulte.

### **2.3 Abus sexuels et violence à l'âge adulte**

Plusieurs de ces femmes relatent des expériences de ce type et en particulier des histoires de viols ou de relations sexuelles sous contrainte et de la violence physique à leur égard. La précarité et les conditions de vie que cela engendre participent à l'entretien d'un cercle vicieux et souvent, pour échapper à la violence de la rue, les femmes sont amenées à se mettre sous la protection d'hommes qui à leur tour les violentent.

*« 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).*

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 arrivé 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).*

*« Ça fait cinq mois qu'il est entre la Thaïlande, l'Inde et tout. Puis il n'est pas très net. Du genre, on va se faire des petites Thaïlandaises quoi, de 14 ans. Il dit que non, mais, c'est le genre de mec qui va à la route de Genève puis il dit qu'il ne fait pas de chantage et tout mais on ne le voit toujours qu'avec des toxicomanes, des filles très maigres. Déjà ça, il n'y a pas besoin d'être psychologue. Il adore les filles toutes maigres pourquoi, parce que ça fait fragile puis, ouais, il est gentil mais en même temps, tout le temps sodomie, sodomie. Je lui ai dit je ne sais pas combien de fois je me suis faite violer comme ça. Ma première et dernière expérience de sodomie, c'était un viol. Les flics ils n'ont rien fait, rien à foutre. Tout ce qui les intéressait, c'est que je mettais plein de sang par terre. »*

*« Il y avait une dame, qui avait un hôtel, bon c'était de l'exploitation à mort, mais bon l'endroit était bien, c'était surtout ça, l'endroit était magnifique, la montagne. Elle*

*engageait, elle prenait toujours seulement un toxicomane qui essayait de s'en sortir, un alcoolique qui essayait de s'en sortir et des personnes déficientes mentales, mais qui peuvent s'autogérer toutes seules. Bon, elle nous payait pas vraiment, mais on travaillait dans l'hôtel. Là je suis restée six mois parce que, y'a eu le fils de la patronne qui me harcelait sexuellement donc j'ai pété un plomb, je me suis fait ma dernière scarification et je suis plus retournée là-bas. »*

*« Quand je me suis fait violer au GHB, déjà, je ne savais pas ce qui m'était arrivé, je ne comprenais que dalle, j'avais mal partout. J'avais été chez les flics pour porter plainte parce que le seul truc qui me restait à moi sur moi, c'était mon soutien-gorge et mon pull. Je n'avais plus ma culotte. Je n'avais pas mon tampon, bon mon tampon je l'avais mais je ne le savais pas. Ils m'emmènent voir un médecin-légiste. Déjà comme j'étais à deux jours de mes 19 ans, j'ai dit je suis vivante, je ne suis pas morte, non, non, mais c'est que c'est un médecin assermenté par la loi. Bon, d'accord, mais c'est un mec. Le gynécologue qui est venu me voir, c'est un mec aussi et il n'a même pas été foutu de voir que j'avais le tampon au fond. »*

Par ailleurs, il n'est pas inintéressant de constater que souvent les éléments relatifs à la violence subie sont apparus à d'autres moments que pendant l'entretien enregistré. Les situations de violence sont plus importantes sans doute chez ces femmes, la vie dans la rue est une vie extrêmement difficile, elles sont plus que toutes autres catégories de population confrontées à des épisodes d'abus et d'exploitation surtout en phase de consommation active.

## **2.4 Prostitution**

Sept femmes de notre groupe ne se sont jamais prostituées, six autres femmes parlent des moments de prostitution dans leurs trajectoires de vie. Pour les autres, c'est moins clair. Tout dépend bien sûr de ce que nous entendons par prostitution. Par exemple l'échange de prestation sexuelle n'est pas envisagé comme de la prostitution, l'une des femmes qui déclare ne s'être jamais prostituée, confie par contre qu'elle couche parfois avec son dealer afin d'obtenir du produit. Plusieurs femmes mentionnent qu'à un moment donné, elles ont fréquenté des hommes qui leur fournissaient du produit. Les activités de deal s'échangent alors normalement contre des faveurs sexuelles au sein du couple.

Certaines d'entre elles évoquent des moments de leur existence où elles ont exercé le travail du sexe. Cette expérience n'est pas des plus joyeuses. Elles ne se considèrent pas comme des professionnelles, envisagent plus cette activité comme une nécessité à certains moments pour pouvoir se procurer l'argent nécessaire à leurs propres consommations, ainsi qu'à celle des hommes avec qui elles partagent leur vie. Elles disent être doublement discriminées dans ces situations : à la fois elles ne sont que « des putes » et de ce fait c'est comme si tout était permis à leur égard. Et elles sont aussi discriminées par les autres femmes exerçant le travail du sexe, qui leur reprochent de leur voler leur travail et de ne pas respecter les codes de conduite propres à ce genre d'activité. Elles sont obligées souvent, pour pouvoir se prostituer, de consommer afin de se désinhiber. Certaines ont vécu des épisodes de violence alors que d'autres déclarent avoir un jugement éclairé et échapper à ça.

*« J'allais à Fleur de Pavé pour prendre des seringues, c'est tout, mais pas pour prendre un café, pas pour boire un thé avec eux et tout ça quoi. Non, moi j'étais vraiment un courant d'air (...) Mais c'est clair que c'est bien pour les femmes qui ont besoin de discuter, de... Puis en plus, il y a des avertissements, faites attention à telle ou telle voiture, telle et telle personne donc. Non, c'est assez bien quand même, c'est rassurant pour certaines personnes. Mais moi je me sentais tellement différente de toutes ces personnes, je ne me sentais pas prostituée et j'ai vu une émission dernièrement à la télé où une femme était comme moi, à Amsterdam dans sa vitrine, mais elle ne se sent pas prostituée, elle fait ça comme ça, puis elle a dit la même chose que moi, c'est un travail social. On est là quand même, enfin, j'étais là parce que maintenant je peux vous dire que quelque part, bien sûr, j'ai honte, bien sûr j'aurais aimé ne pas avoir besoin de faire ça, puis bien sûr que je ne veux pas le refaire. Alors que quand j'étais en prison, je disais toujours, quand je sortirai, c'est la seule chose que je vais continuer à faire. C'est la première chose, tout de suite j'ai éliminé toutes les personnes qui me téléphonaient ou qui me courraient dans la rue, qui me disaient hé ho, hé ho. C'est là que j'avais envie de vomir quand il y avait ces hommes qui me couraient après. Mais c'est vrai que je, que je trouvais que c'était un travail social, parce qu'on aide les personnes, ils ont besoin d'être écoutés, voilà, ça leur fait du bien*

Les abus sexuels et les violences subies, le recours à la prostitution ainsi que les multiples situations de vulnérabilité qu'elles vivent, en particulier dans les moments de consommation, mais aussi la prégnance du regard social stigmatisant à leur égard sont sans doute des facteurs explicatifs de la faible estime qu'elles ont d'elles-mêmes.

## **2.5 Estime de soi**

La recherche effectuée dans le cadre du groupe de travail femmes dépendances mettait en évidence que : *« Dans les propos des femmes toxicodépendantes interviewées on trouve souvent la marque d'une image de soi très dégradée. Si elles reprochent parfois aux médecins, aux pharmaciens, aux services sociaux de les considérer comme « de la merde », on peut penser qu'elles portent aussi sur elles-mêmes un regard très dévalorisant. »* (Dupertuis 1998)

Les récits de vie des femmes rencontrées, à deux exceptions près, nous permettent de mettre en évidence que les 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, 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. Je veux dire parce que je ne suis pas qu'une merde ce que je veux dire et non ma vie c'est quoi, c'est autre chose et pis je n'ai pas envie de continuer à me droguer puis, 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. »*

La conjugaison violence et abus sexuel, consommation de produits participe sans doute au développement d'une image de soi négative oscillant entre sentiment de

honte et de culpabilité. Si c'est majoritairement le cas pour les femmes rencontrées, nous devons néanmoins souligner que ce n'est pas le cas pour toutes et certaines femmes de notre échantillon reconnaissent leurs difficultés dans certains domaines de la vie quotidienne en particulier sur la question financière, mais par ailleurs ne se posent pas du tout dans une posture de « victime » : la consommation est revendiquée comme un choix de vie : ce sont les plus « intégrées » de notre échantillon. Elles ne donnent pas l'impression d'avoir une mauvaise estime d'elles-mêmes ou celle-ci ne transparaît pas dans le discours qu'elles tiennent.

## 2.6 Trajectoire de consommation

On peut considérer qu'il y a deux types d'entrées en consommation. La première est une entrée que nous pourrions appeler « progressive » où la consommation de drogues légales ou non (tabac/ alcool/ cannabis) précède la consommation de drogues dites dures (héroïne, cocaïne).

La seconde est une entrée en consommation plus brutale, la rencontre avec les produits a lieu directement avec les drogues dures, souvent à la fin de l'adolescence et en général initiée par le biais d'un homme, copain, amant ou compagnon.

La majorité de ces femmes ont débuté leur consommation de façon précoce, souvent le tabac et le cannabis sont les premières des substances utilisées. Si c'est en général à l'adolescence que débute l'utilisation de produits, une des femmes interrogée mentionne avoir tiré sur son premier joint à l'âge de onze ans déjà. Certaines d'entre elles ont été initiées dans leur consommation par leur conjoint, deux d'entre elles témoignent être tombées amoureuses et avoir voulu sauver la personne aimée. Etre prête à tout par amour montre la prégnance des dépendances affectives, mais ce n'est sans doute pas une caractéristique propre aux consommatrices de produits, mais plus une constante de la population féminine générale.

*« A 17 ans, je commençais. J'en ai 36 donc, je commençais quoi là-dedans. J'avais déjà fumé des joints. Déjà en foyer tous les grands : « tiens tu veux tirer une taffe. » ... Tu essayes, tu veux faire quoi ? »*

*« Ouais ben, ça la cigarette je m'en souviens, j'ai commencé à 7 ans donc c'était déjà jeune. Je ne me rappelle vraiment pas ce qui m'y a amenée, après à 11 ans j'ai commencé les joints, bon jusque là ça allait, c'était pas si fort que ça, donc à l'école ça allait encore. Et c'est à 13 ans, pas loin de la gare, il y avait un squat à l'époque, j'allais trainer là-bas avec des copains, pis c'étaient des gens qui consommaient justement de l'héroïne, et j'ai voulu goûter. Evidemment ça m'a plu, sinon je ne serais pas là aujourd'hui. Donc ça été le sniff, c'est un peu depuis là que l'escalade à l'école a commencé. Ce n'était pas vraiment une escalade parce que je suis quand même assez intelligente. J'étais en pré-gymnastique et comme je travaillais plus à la 8ème année, ils m'on fait descendre en supérieure. Seulement comme en pré-gymnastique on est un peu en avance, ben en supérieure je savais déjà tout alors je n'ai pas travaillé. Ça m'arrangeait bien avec la drogue, je pouvais me péter et tout. Mais la dernière année, la 9<sup>ème</sup>, là je ne savais plus rien donc j'ai continué mon parcours de droguée. Mais, j'ai quand même eu mon papier juste juste. Et le premier jour de mon apprentissage et ben*



*c'est là que j'ai décidé de me shooter, j'ai commencé à shooter : je le fais encore aujourd'hui, mais aujourd'hui ce n'est plus avec de l'héroïne parce que je suis en cure depuis, malheureusement ça dure depuis novembre 97, sous méthadone. Maintenant je suis plus tournée vers la cocaïne. »*

*« 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 ? 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. »*

*« Ben dans mon cas, c'est un cas assez banal, ça a été par un garçon dont j'étais amoureuse qui n'avait pas du tout l'allure d'un toxicomane, qui avait fini l'EPFL. Voilà en fait, j'ai été placée dans un foyer pour raison sociale, à l'âge de 15 ans, 15 ans et demi. Je suis sortie à 18 ans, à peine 18 ans. C'est là que j'ai rencontré ce garçon quoi, je n'étais pas du tout attirée par tout ce qui était la zone, ce qui pouvait représenter la zone, puis j'ai rencontré une personne que j'ai trouvée sympa, mais je me suis dit jamais ça ira plus loin. Puis justement, il avait fini l'EPFL en chimie organique puis je ne savais pas aussi qu'il finissait une cure de méthadone. Moi, je n'avais aucune idée de tout ça. J'avais peut-être vu une fois un toxicomane à Lausanne et que je n'avais même pas identifié étant consommateur d'héroïne quoi. Et je suis tombée sur cette personne-là, j'ai été séduite par tout le côté, heu, il était enseignant en plus. Il avait dix ans de plus que moi. J'avais 18 et lui 29. Il avait fait une matu littéraire en Valais quoi. Tout cet aspect-là m'avait séduite, puis en fait, derrière, il cachait un passé de toxicomane quoi. Car sorti après une année de relation, puis j'ai vaguement lutté, parce que je voyais qu'il était attiré. Il fumait du shit, moi j'étais une petite fumeuse à peine, je ne buvais pas d'alcool, puis j'ai tout de suite passé à un shoot. »*

*« Mon ami de l'époque, lui il sortait donc je ne savais pas trop ce qu'il faisait et pis ben bien sûr j'avais confiance en lui et un soir, en fait, il rentre avec de la cocaïne. Et je connaissais à l'époque juste le shit, je fumais un petit de shit donc ...(...) mais c'est vrai que quand ce garçon m'a amené de la cocaïne, déjà rien que de voir le produit en soi, que ce soit de la poudre et puis pas le shit en morceau, je me suis dit - mais qu'est-ce que c'est que ça - et bien sûr, au départ, je l'ai mal pris parce que j'avais quand même une idée de l'aider à s'en sortir ce garçon. Donc, il me disait qu'il avait fait un séjour en prison à cause de la drogue et c'est vrai que quand je me suis mise avec lui ben moi je me prenais pour la sauveuse, comme si je me substituais au bon Dieu. Et j'ai très mal pris qu'il ait amené ça à la maison et lui en fait il m'a fait du chantage ; il m'a dit ben c'est soit la drogue, soit moi enfin c'est si tu ne prends pas de la drogue ben tu rentres chez tes parents, tu t'en vas. Et moi j'avais peur en fait de revenir chez mes parents. »*

## 2.7 Produits consommés

Les femmes de notre échantillon sont majoritairement dans un usage de produits psychotropes classique aujourd'hui, celui de la poly-consommation, passant d'une substance à l'autre en fonction des disponibilités des produits sur le marché noir. Deux d'entre elles se déclarent aujourd'hui dans une abstinence complète à d'autres substances hormis un traitement de méthadone, l'une d'elles fait par ailleurs partie des deux femmes les plus insérées de notre groupe. L'autre femme insérée est sous traitement de méthadone, mais fait régulièrement des extras et dit d'ailleurs en faire de plus en plus souvent. Trois d'entre elles refusent l'idée d'un traitement de méthadone, les arguments évoqués sont qu'elles ont déjà expérimenté un tel traitement et que cette expérience n'était pas satisfaisante de leur point de vue. Deux d'entre elles ont passé massivement à la consommation d'alcool, l'une d'entre elles a le projet d'une cure aux Oliviers dans les jours suivant notre rencontre. La seconde fait de temps en temps des extras, mais la consommation de substances illicites n'est plus vraiment son truc. Les autres qui sont en traitement continuent à consommer héroïne ou cocaïne dans des quantités et des temporalités difficiles à apprécier.

*« Ils m'ont mise tout de suite en cure de méthadone. Et pour moi la méthadone c'est une drogue la même chose que l'héroïne, mais c'est lâcher un borgne pour un aveugle, parce que vraiment, moi maintenant je n'ai plus du tout de cure, je n'ai plus rien mais je peux vous dire que c'est bien plus simple de continuer comme ça de temps en temps mais je ne consomme que de temps en temps, une fois par semaine je pense. Ça m'est plus facile de durer dans le temps plutôt que d'avoir une cure de méthadone, qui vous rend dépendant. Et puis le manque qu'on a quand on n'a pas ce produit, c'est terrifiant, pour moi ce n'est pas une solution que de donner de la méthadone à des gens qui ont ce problème-là (...) la méthadone si vous en prenez régulièrement au bout de quatre jours vous êtes crochés et puis grave quoi. Il y a des gens qui disent que ça s'incruste dans les tissus, donc dans les muscles, dans les os même, ça vient se coller aux os et puis c'est fini. Après pour s'en débarrasser c'est vraiment la poisse. Moi je ne veux plus de ça, c'est clair et net. »*

Les substances consommées mentionnées sont héroïne, cocaïne, benzodiazépines, méthadone, Dormicum®, Rohypnol®, alcool, cannabis et tabac mais aussi antidépresseurs. La méthadone, les antidépresseurs et le Dormicum® sont généralement prescrits mais peuvent aussi se trouver dans le marché noir. Une femme mentionne avoir expérimenté l'usage de solvants.

## 2.8 Trajectoire de consommation, la diversité des modèles

La plupart d'entre elles décrivent leurs relations aux produits de façon non pas linéaire mais plus en termes de fracture. Les périodes d'abstinence ou de maîtrise de la consommation sont nombreuses. Toutefois lors d'événements qui sont jugés traumatiques, la rechute est présente et souvent vue comme un moyen de calmer les angoisses voire de lâcher prise face à une réalité perçue comme trop douloureuse ou insurmontable.

*« Alors justement, il y a eu des arrêts, des arrêts, des recommencements, des... Moi, j'étais en Valais, puis je me suis inscrite aux Beaux Arts de Genève, sans dire au service social. J'ai réussi le concours, je n'avais pas de CFC. Il fallait un mémoire théorique. Chaque fois je retombais, puis chaque fois je rebondissais. »*

*« De nouveau, j'avais un compagnon. A part le premier, je n'ai jamais eu de compagnon toxicomane. Puis il s'est suicidé peu de temps après le retour. Puis là, j'ai replongé, heu, ouais. Et après, il y a eu le décès de mon frère. J'ai su la date exacte que le mois passé quoi. Il est décédé en 2003, puis en 2003, ça a été le, ouais, ça a vraiment été le, c'était mon petit frère hein, il est décédé dans un squat. Alors ça vraiment, ça m'a anéantie quoi. »*

## **2.9 Parentalité**

La question des enfants de parent toxicodépendant est une question qui bien souvent heurte, car les femmes toxicodépendantes et enceintes transgressent toutes les représentations autour de la maternité. Les discours portés par les différentes femmes interrogées de ce point de vue-là sont intéressants.

Deux groupes ont des points de vue bien différents sur cette question :

- Celles qui sont mères relatent une grande variété d'expériences. Il y a celles qui sont heureuses de l'être, malgré les parcours de vie difficiles ; qui ont vécu la grossesse, au-delà de la culpabilité, comme un événement majeur de leur existence. Pour certaines, elles ont exprimé le sentiment d'avoir pu garder malgré tout la tête hors de l'eau, grâce à cela ne se sont pas laissées plonger. Celles encore qui se sont vu retirer la garde de leurs enfants et qui le vivent comme une injustice, voire comme facteurs explicatifs de leurs rechutes et de leurs difficultés à s'en sortir.
- Par contre celles qui n'ont pas d'enfants ou qui ont initié leur consommation tardivement ont un jugement beaucoup plus négatif, qui adhèrent au discours social dominant trouvant incompatible un projet de maternité avec leurs situations actuelles.

L'idée de la maternité est aussi à mettre en lien avec leur propre vécu d'enfant, la maternité ravive, on le sait, les souvenirs de sa propre histoire. L'enfant peut être vu dans un premier temps comme une chance, permettant d'une certaine manière de reconstruire un nouveau projet de vie. Comme pour les autres couples, la question des enfants devient majeure dans les situations de séparation en particulier si le mari ne consomme pas ou est abstinent.

La majorité des femmes ont peur du SPJ, vu souvent non pas comme une institution aidante, mais perçu au contraire comme une institution violente dont les attentes sont impossibles à satisfaire malgré toutes les tentatives qu'elles disent mettre en œuvre.

*« Qu'on me prenne mes enfants ! C'est ça qui ma 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<sup>9</sup>, de prouver que j'étais clean, que j'avais un appart, il fallait que j'aie une situation quoi... et que je pourrais récupérer ma fille, 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 m'a jamais rendu ma fille malgré les promesses. »*

*« Parce que la première, on me l'a prise, elle a été placée en foyer, et dans les foyers on n'apprend pas les bonnes choses aux enfants, on apprend à se battre pour le dessert... et ma fille ne va pas bien, tu vois son enfant aussi a été placé. Je me fais beaucoup de soucis pour elle. La seconde je suis partie en France. Je voulais la garder avec moi, mais le juge a fait en sorte qu'on m'a coupé les vivres. Et j'ai dû revenir. A la frontière on m'attendait et quand je suis revenue on m'a pris mon bébé des bras. Ils m'ont arraché mon enfant, sinon, je pouvais avoir aucun papier. D'abord on me l'a mise dans un foyer, et après, elle a pu aller dans une famille que j'avais choisie, là j'ai baissé les bras. Ça fait dix ans que j'ai pas de nouvelles. Il faudrait que je puisse aller la voir, mais il faudrait pas que j'y aille comme ça, dans cet état, je pourrais devenir agressive, cela pourrait faire plus de mal que de bien. Il faudrait que j'y aille avec quelqu'un qui puisse m'accompagner, pour me canaliser. Bon ma seconde fille elle voit encore régulièrement son père, lui n'est pas décédé. Cela lui donne un suivi... »*

*« C'est vrai que j'ai fait une longue thérapie, même si ça a été chaotique, j'ai fait beaucoup de travail sur moi-même et puis comme je suis tombée enceinte de ma fille, c'est comme si Dieu en me donnant ma fille m'avait donné une deuxième fois la vie. Automatiquement j'ai fait un choix de vie, ça voulait pas dire que j'allais bien, puisque je suis dépressive, mais j'avais plus envie de me détruire et quand ma fille est venue au monde, j'ai eu tout le contraire du baby blues, moi j'étais vraiment bien, heureuse, j'étais pleine d'énergie, et je pense que j'étais prête pour sa venue, parce que si c'était dans la période, même jusque là, je mettais souvent ma vie en danger, mais à partir de là, non, plus. »*

*« Il a dix-huit 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. »*

*« Mon fils avait déjà perdu son père, donc la seule personne qu'il avait c'était moi. Donc c'était important que je sois, que je reste en vie. C'est pour ça que j'ai croché que je n'ai pas fait n'importe quoi. Parce que pour moi c'était important de me garder vivante et puis de pouvoir continuer plus ou moins à être parent, être mère. »*

*« Moi je pense que quand on est toxicomane on ne peut pas être mère, ce n'est pas compatible, on n'a déjà plus la force de s'occuper de soi-même. On n'a plus la force de se laver, on ne peut pas s'occuper d'un petit enfant qui a des besoins, il faut lui faire à manger, on le lave, des choses toutes bêtes, mais on n'arrive pas. Moi je comprends que le SPJ vienne prendre les enfants, parce que ce n'est pas compatible, ce n'est pas*

---

<sup>9</sup> PU, prise d'urine, afin de contrôler la présence de produits psychotropes.

*possible. Je n'aurais jamais eu d'enfant si j'avais été toxicomane avant, je n'aurais jamais eu d'enfant, ça c'est clair et net. Parce qu'on ne peut pas être à moitié mère et puis se rendre compte de son incapacité, ça je ne l'aurais jamais supporté, ça c'est clair. »*

*« Je fumais plus, parce que je ne supportais pas le froid, c'était les mois d'hiver, j'étais dehors dans la rue, dans le WC publiques, alors que j'étais enceinte, donc je me pétais pour oublier tout ça quoi, simplement. Oublier peut-être que bien j'attendais un enfant que je n'avais plus rien à lui offrir, rien ni un toit ni un job, rien. Je suis tout le temps obligée de courir pour six francs six sous, ne serait-ce que pour lui acheter une boîte de lait. Et ça, ça me soûle pour mon fils quoi. Je ne veux pas qu'il vive de la merde ou qu'il connaisse ce que moi j'ai traversé en ayant pas de boulot, en étant à la rue parce que tu n'as pas de boulot, pas de toit, au social, la plupart des gens pense que t'es un déchet. A force de prendre des coups dans la gueule, on reste des humains, au bout d'un moment ça fait mal. »*

*« Ouais, parce qu'en juin j'ai eu une petite aventure avec un gars qui buvait, pis quand il s'arrêtait pour discuter<sup>10</sup>, pour le faire repartir c'était dur. Pis il y a des tas de gens qui m'ont vue, et puis c'est quand ça allait pas, en juin. C'est là que le papa a voulu la garde. Il y a eu une audience... Oui, ça s'est tout de suite su... Du moment que le SPJ me connaissait depuis juin, il y a peut-être des gens qui m'ont vue, en passant, et puis... même si j'étais pas défoncée, moi, mais même le fait d'être là-bas, c'est... Pourtant, j'ai jamais été là-bas avec mon fils, hein. Mais bon... »*

*« Ce jour-là, mais je m'en souviendrai toute ma vie, je m'en souviendrai, parce qu'elle ne voulait vraiment rien m'accorder, que le juge a dit que, son supérieur à lui, suite au dossier que mon avocat a transmis que, à l'hôpital de l'enfance, quand mon fils a fait sa fin de sevrage, qu'il y a eu onze personnes lors du premier réseau, avant le premier jugement, qui se sont réunies pour mettre du poids dans ma balance, que ce n'était pas normal qu'il n'avait pas eu écho de ça. Que Mme X qui s'occupait de mon dossier, elle ne faisait pas son travail comme il faut, parce que tout ce qu'il a transmis mon avocat, il aurait déjà dû le recevoir, qu'il n'y avait pas de raison de me retirer le droit de garde, que tout ce qu'il pouvait autoriser, c'était un mandat de curatelle, au nom de mon fils, pour tout simplement surveiller ma consommation, parce que vis-à-vis de tout le reste, pour mon fils, je n'ai pas de problème. »*

*« 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 est dans ces conditions je ne vois pas comment je peux me reconstruire. »*

Dans notre panel, la majorité des femmes se sont vu retirer le droit de garde de leur enfant. Deux d'entre elles ont conservé le droit de garde de leur enfant, l'une de ces femmes a débuté sa consommation tardivement, son enfant était déjà scolarisé, elle a pendant longtemps essayé de gérer sa consommation dans la clandestinité. Pour trois d'entre elles, les enfants sont élevés par leur père. Pour les autres, les enfants sont placés en institution ou en famille d'accueil. L'une des personnes les mieux insérées

---

<sup>10</sup> Fait référence à la place de la Riponne.

dans notre groupe s'est pourtant elle aussi vu retirer la garde de ses deux enfants, pendant plusieurs années, actuellement son fils presque majeur vit à nouveau avec elle mais ce n'est pas le cas de sa fille toujours en institution. La plus jeune des femmes interrogées est actuellement dans un foyer d'accueil mère enfant (AEME), après avoir vu son enfant placé pendant quelques mois à la Pouponnière et l'Abri après son sevrage.

Par ailleurs, différents éléments nous semblent importants à prendre en compte en particulier la question des ressources extérieures des femmes rencontrées, à savoir ce qu'elles disent de leurs réseaux amicaux, sociaux et familiaux. Dans quelle mesure ceux-ci sont-ils aidants et souteneurs?

## 2.10 Ressources

### A) Dans la zone

Ce sont des liens paradoxaux, dans le sens où à la fois on se reconnaît dans une identité commune, celle des consommateurs de drogues en partageant le même mode de vie. C'est assez facile pour certaines qui se sentent acceptées comme elles sont, sans faux-semblant, pas besoin de mise en scène, les jeux sont clairs. Alors que d'autres probablement développent une distance qui permet la différenciation et se reconnaissent sans doute moins dans cette identité commune.

Majoritairement les femmes perçoivent que la vie dans la zone, et plus encore dans la rue, est un univers sans pitié. Les alliances - lorsqu'il y en a, sont éphémères. L'entraide, lorsqu'elle existe, est souvent intéressée, toujours difficile et majoritairement en lien avec la consommation. Plusieurs femmes ont souligné l'impossibilité de nouer de réelles amitiés. Certaines mettent également en évidence que le rapport entre femmes dans la rue est complexe et que dans ce cadre la solidarité féminine existe encore moins qu'ailleurs.

*« Dans la zone il n'y a pas d'amis, tu n'as pas d'amis. C'est que des trous du cul et des profiteurs. Tu n'as pas d'ami dans la zone. Ou alors si tu te fais un ami c'est parce que tu lui offres un joint ou une bière? »*

*« Je sais que je ne vais pas pouvoir compter sur eux en cas de coup dur, mais je me sens bien, je suis acceptée comme je suis... c'est facile, j'ai pas besoin de faire d'effort et t'as toujours deux ou trois personnes qui te demandent comment tu vas. »*

### B) Réseau social hors de la zone

Certaines des femmes nous parlent de quelques amitiés d'avant conservées malgré les parcours de vie, mais de façon générale, ce sont plutôt des liens très distendus qui sont mis en évidence. La consommation joue ici un facteur excluant. Elles ne se sentent pas comprises, les stigmates de la consommation sont trop visibles pour celles qui sont dans des phases de consommation active. Pour les autres, il est aussi difficile de garder des contacts avec des amies hors de la zone, c'est sans doute aussi à mettre en lien avec le déficit d'image qu'elles ont d'elles-mêmes et se confronter à la « normalité » c'est aussi prendre conscience de son propre échec.

*« J'avais deux trois copines, mais je ne pouvais rien faire avec, donc euh... Pis moi pour finir, quand on est toujours en train de se plaindre, on s'isole, hein. Donc pour finir, je restais toute seule comme ça je faisais chier personne. »*

*« Non j'ai perdu toutes mes anciennes amies, sauf une, qui a eu elle-même un ami consommateur, mais les autres, même la marraine de mon fils, elles ne comprennent pas. »*

*« La seule qui a pris de mes nouvelles lorsqu'ils m'ont pris les enfants et que je me suis faite hospitaliser, c'est la mère de mon ancien copain, mais personne d'autre, personne d'autre. »*

Même lorsque la personne n'est pas dans une phase de consommation active, les difficultés psychosociales et sanitaires empêchent fréquemment de renouer une vie sociale enrichissante et soutenante.

### C) La famille

En lien avec les trajectoires de vie, les rapports aux familles sont contrastés : pour certaines la famille reste une ressource importante, elles ont su conserver de plus ou moins bonnes relations avec elle, la famille est vue comme soutenante et mobilisable en cas de coup dur. Pour d'autres, les rapports avec la famille sont présents, mais marqués par des relations conflictuelles difficiles voire extrêmement disqualifiantes. D'autres encore ont carrément coupé les ponts et n'ont plus aucun contact avec leurs familles. Enfin, certaines ont des parents à l'étranger, elles conservent des liens et des relations régulières mais qui sont tout de même marqués par la distance géographique.

*« Je n'ai jamais demandé de l'aide à personne, quoi. Par contre j'avais de l'aide du côté de ma famille, parce que je n'ai jamais menti à mon père à ma mère. J'ai toujours dit ce que c'était. Et très vite ils se sont rendu compte qu'il y avait un problème. Je n'ai jamais caché. Je l'ai caché au début mais après je l'ai dit. J'ai dit : « Voilà c'est come ça, comme ça, comme ça. ». »*

*« Mes parents n'ont jamais, non jamais, accepté mon mari et lorsqu'il est mort, ils m'ont dit tout est pour le mieux maintenant qu'il est six pieds sous terre, il n'y a plus de raison que tu n'aïlles pas bien, tout est pour le mieux, je leur en veux énormément, je sentais terriblement le poids de ma famille. »*

*« Après j'ai été chez ma mère, mais maintenant elle est partie en Allemagne, je ne sais pas même pas si elle vit encore. »*

*« Mon père il m'a foutue à la porte. »*

*« Moi j'ai une famille de millionnaires, je suis le canard de la famille, hein vraiment. Ma grande cousine elle est quoi... elle est enseignante pour les petits à la maternelle, elle a fait l'uni, le master etc. (...) Bon alors moi je suis le canard de la famille, la marginale, la femme qui se drogue. »*

*« Ce qui m'a aidé dans la vie, ce qui m'a aidée dans ma vie, c'est ma famille tout simplement. »*

*« Bon ma maman je lui en ai fait voir des vertes et des pas mûres, donc maintenant il y a des choses elle ne veut plus qu'on en parle. »*

#### D) La spiritualité

Dans les ressources qui sont envisagées comme positives, trois femmes évoquent la spiritualité qui permet de donner un sens à leur vie et est envisagée comme une ressource aidante.

*« Et pis je dirai qu'il y a un gros facteur, bon ça c'est aussi très personnel, mais j'ai une grande foi et je pense que si je n'avais pas eu une foi comme j'ai, j'aurais jamais pu m'en sortir. De prier, de demander l'aide de Dieu, c'est très important. Bien que... il y a peu de gens qui l'utilisent. Alors moi, personnellement, ça a été une grâce. »*

Après avoir pris en compte les ressources en lien avec leurs réseaux naturels, il semble important d'observer ce qu'elles disent du réseau de prise en soins organisé, qui propose différentes prestations. Comprendre quels usages sont faits du dispositif existant était au cœur des interrogations de ce travail : en quoi celui-ci correspond-il aux attentes des femmes concernées, quels sont les écueils à sa fréquentation, qu'ont-elles à nous en dire ?

Dans le troisième chapitre, les besoins exprimés par les femmes, leur connaissance du DSB et l'adéquation de l'offre proposée seront examinés.



## Chapitre 3 : Fréquentations du DSB et des structures d'aide

### Introduction

La commune de Lausanne a mis en place depuis plus de dix ans un dispositif important de prise en soins de la marginalité et de la toxicodépendance. Celui-ci est connu sous le nom de DSB, et comprend diverses structures<sup>11</sup> qui offrent des prestations différenciées couvrant les besoins élémentaires tels que la nourriture, le logement d'urgence, la distribution de colis alimentaires, mais aussi l'accueil et l'orientation ainsi que l'échange de matériel d'injection stérile<sup>12</sup>. Ce dispositif comprend en outre la prise en charge ambulatoire du traitement de la dépendance et des structures qui permettent l'occupation au travers d'activités culturelles et artistiques ou sportives. Il faut encore prendre en compte, dans ce dispositif, les travailleurs sociaux hors murs qui interviennent dans l'espace public. Des distinctions s'imposent en ce qui concerne la nature du travail effectué par ces intervenant-e-s dans la rue. Effectivement, deux types d'interventions ont lieu dans l'espace public, mais les mandats en lien avec la nature des interventions envisagées ne sont pas complètement identiques.

- Il y a d'une part l'équipe d'intervention socio-éducative, Uniset, qui est présente dans les lieux de rassemblement de la population toxicodépendante et marginale « Présence visible (uniforme) au centre ville de Lausanne, en particulier zone de la Riponne : l'équipe d'intervenants informe et oriente les personnes dans le dispositif, offre une médiation, favorise la tolérance.<sup>13</sup> »
- Et les interventions du Rel'aids qui s'inscrivent dans le principe de la libre adhésion. Le travail qui est effectué se fait donc uniquement en lien avec les sollicitations et sur demande des personnes concernées.

Comparé à d'autres villes suisses de même taille, ce dispositif est assez complet, même s'il faut relever que Lausanne est actuellement la seule grande ville de Suisse ne disposant pas d'un espace de consommation de produits psychotropes<sup>14</sup>. Nous ne trouvons pas non plus à Lausanne de programme de prescription d'héroïne sous contrôle médical. Ce dispositif mis en œuvre dans le milieu des années 90 s'est progressivement étoffé et la mise en place du Centre Saint-Martin de la division d'abus de substances du Chuv, ainsi que l'ouverture du Passage sont venus compléter les offres existantes dans ce domaine, et en particulier les structures résidentielles à visée d'abstinence.

Ceci est à mettre en lien avec le développement de la politique suisse en matière de toxicomanie, qui a su adapter les réponses proposées aux évolutions de la réalité des problématiques de consommation des substances illicites. L'amélioration des connaissances dans le champ des addictions ainsi que les problèmes posés par l'épidémie du VIH/ Sida ont contribué à mettre en œuvre une politique de réduction des risques. Dans un premier temps, celle-ci a été souhaitée par la Confédération, mais

---

<sup>11</sup> Descriptif du DSB en annexe à ce rapport.

<sup>12</sup> Dans le cadre du Programme cantonal de prévention des maladies transmissibles. Echanges de matériel pour les personnes toxicodépendantes.

<sup>13</sup> (Relier l'aide aux toxicomanes, répertoire pour un réseau vaudois, p. 5)

<sup>14</sup> Cet objet a été refusé en votation populaire en juillet 2007.

ne disposait pas d'un cadre légal permettant sa mise en œuvre. De fait, le canton de Vaud a, pendant de nombreuses années, choisi de ne pas suivre la politique des quatre piliers. La politique cantonale axée sur trois piliers (prévention, thérapie et répression) a introduit des axes de réduction des risques en particulier au travers de son programme de prévention des maladies transmissibles. Aujourd'hui, la votation fédérale du 30 novembre 2008 sur la révision partielle de la loi sur les stupéfiants, plébiscitée par le peuple, a une incidence positive sur la politique vaudoise puisque les axes prioritaires définis par le DSAS sont aujourd'hui les suivants:

1. Adéquation entre l'offre de prestations et le besoin des usagers.
2. Prévention, repérage et intervention précoce auprès des jeunes, notamment les 14-18 ans.
3. Prévention contre les risques d'extension des infections par le Sida ou l'hépatite.
4. Insertion sociale et professionnelle des personnes dépendantes.
5. Lutte contre le trafic de substances illicites et renforcement de la chaîne pénale.

De ceux-ci découlent une série de mesures améliorant le dispositif en place. Il s'agit de prendre en compte les besoins spécifiques découlant des modifications en œuvre dans ce domaine, d'intégrer les transformations des publics cible et, en particulier, le développement des pathologies associées et l'augmentation des co-morbidités psychiatriques.

Au travers de la mise en place d'un dispositif axé sur la question de la réduction des risques, il s'agit de mettre en place « un ensemble de stratégies visant à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogue<sup>15</sup> ». La réduction des risques s'inscrit donc dans une démarche de prévention, de soins et de restauration du dialogue avec les consommateurs de drogue les plus marginalisés. Elle postule que, pour sortir de la dépendance, il faut, tant que faire se peut, pouvoir être dans un état sanitaire et social permettant d'envisager un futur possible.

Il s'agit aussi de reconnaître que les sorties de la toxicodépendance sont multiples et qu'il est donc nécessaire d'offrir des alternatives différenciées permettant de prendre en compte cette réalité. Que l'accompagnement des personnes en phase de consommation est la seule alternative possible pour ne pas les laisser pour compte. Le travail d'accompagnement des espaces bas-seuil mis en place « consiste ainsi à accompagner l'individu (dans sa période de consommation). Il s'agit en effet d'obtenir une amélioration du bien-être physique et psychologique de la personne toxicomane, en l'insérant dans un environnement structuré et structurant qui devrait lui permettre

---

<sup>15</sup> (Médecins du Monde 2003)

de retrouver une certaine indépendance face au milieu de la drogue et une certaine maîtrise de sa consommation ». (Cattacin 1996 : 217)<sup>16</sup>

En ce qui concerne cette étude et les femmes interrogées, les différents épisodes et phases de consommation induisent sans doute un recours particulier et nuancé aux structures d'aide et de soutien. C'est ce que nous abordons dans la troisième partie de ce travail en nous intéressant dans un premier temps à ce qu'elles disent de leurs utilisations des ressources disponibles à Lausanne en mettant en évidence les aspects positifs et négatifs relevés dans le cadre des entretiens effectués.

De façon générale, les femmes semblent bien informées des structures lausannoises. C'est souvent grâce aux informations transmises par les pairs de la zone que cette information circule, voire par les travailleurs sociaux hors murs<sup>17</sup> qui sont les seuls actuellement à intervenir dans l'espace public.

### **3. 1 Inadéquation des réponses face aux besoins et expériences négatives**

De façon générale, les femmes reconnaissent que beaucoup de choses existent en ville de Lausanne. Elles font par contre certaines remarques qui mettent en lumière les besoins particuliers qui, selon elles, ne sont pas couverts. Elles le font en lien avec leurs expériences vécues. Le discours ainsi récolté ne peut être interprété comme le matériel d'une étude de besoins dans le sens classique du terme. Il s'agit plutôt de relater et de mettre en lumière ce que révèlent les expériences des femmes rencontrées.

Un grand nombre des critiques les plus virulentes sont d'ailleurs à mettre en lien avec les problèmes liés à l'absence de domicile et l'hébergement d'urgence.

**A) Les structures d'hébergement d'urgence** sont mises en évidence soit pour faire remarquer que l'offre n'est pas suffisante aujourd'hui pour pallier à l'absence de logement, soit pour regretter que les prestations offertes ne correspondent pas à leurs besoins. C'est le cas, en particulier, en ce qui concerne les horaires de ces lieux d'accueil nocturnes qui sont incompatibles en termes d'heures d'ouverture pour les femmes qui se prostituent.

*« Pour les structures de nuit, le problème c'est que voilà à 8h30-9h00 on est loin. Donc la prostitution finit à 5h00, allez là-bas, on s'endort à 6h00 pour être réveillé une heure et demie après pour le déjeuner. Des fois ça ne 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 de lieux où les gens peuvent dormir la nuit. Il y a besoin de plus. »*

---

<sup>16</sup> Cattacin S., Lucas B., Vetter S., Modèles de politique en matière de drogue. Une comparaison de six réalités européennes. L'Harmattan. 1996 Paris.

<sup>17</sup> Rel'aids et UNISSET.

## **B) Accueil de nuit et de jour des enfants et des mères toxicodépendantes**

*« 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 ne peut pas tout voir non plus. Et pis qui ballotaient leur enfant à gauche à droite. »*

*« Et puis quand on est une femme, c'est encore moins facile. Parce que à « La Marmotte » vous avez quatre places pour les femmes. Au « Sleep-In » vous avez peut-être six places ou dix places pour les femmes. Oh, il n'y a que le « PC » où vous avez tout un dortoir, mais bon. Voilà. Le « PC » ce n'est pas non plus un endroit pour les femmes, pour dormir là-bas. Voilà. C'est assez dur. Surtout quand on est une femme. Et si on a des enfants, c'est... c'est impossible. SDF avec des enfants, c'est impossible. Il ne faut même pas essayer. Il vaut mieux mettre ses enfants dans la famille, au moins on est sûr qu'ils ont un logement, un lit, au chaud, quoi. Plutôt que de les avoir avec soi. Parce que... c'est trop dur. C'est trop dur, c'est la guerre cet hiver. C'est la détresse chaque hiver de voir ça. Voilà, il faut avoir le caractère solide ici. »*

*« Je trouverais bien de créer une structure pour ces femmes toxicomanes qui sont un peu perdues. Pis aussi vis à vis de leurs enfants parce que comme je disais le SPJ il peut pas tout voir. Et des fois, ces gamins ils sont ballotés à droite à gauche et puis ben ils s'autoéduquent eux-mêmes. En fait c'est qu'ils grandissent avant même, ils dépassent en fait leur enfance, ils réalisent tout de suite qu'il y a un problème avec leurs parents. Et je trouve que ce serait bien de créer une structure pour ça. »*

## **C) 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. »*

## **D) 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 avant... »*

Des expériences négatives vécues par certaines femmes dans différentes circonstances vont évidemment influencer leurs décisions à fréquenter ou non certaines structures.

*« J'ai dormi une fois au Sleep-In ou à la Marmotte, j'en sais plus, mais plus jamais, plus jamais. J'étais dans une chambre, il n'y avait que des Turcs, que des arabes quoi. J'étais la seule nana dans le dortoir, c'était le seul lit qui restait de libre quoi, je restais un peu. Je crois que j'ai pas du tout dormi d'après ce que je me souviens. »*

*« 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. »*

### **3.2 Identification, identité et non-fréquentation des structures**

Plusieurs mettent en évidence le sentiment d'être différentes des autres personnes présentes dans la zone. Cette difficulté de se reconnaître et de s'identifier est un processus normal, on ne peut pas se juger à la même aune que les autres, pour ne pas sombrer. La question de l'identité est une question complexe : reconnaître avec objectivité la situation telle qu'elle est vécue implique un énorme travail sur soi-même. Un certain nombre des femmes rencontrées ne semblent pas tout à fait capables d'y faire face pour le moment. Même si elles tiennent dans la majorité des entretiens des propos qui sont assez « lucides » par rapport à leurs trajectoires de vie et leurs histoires particulières. Elles restent toutefois souvent très ambivalentes et ont de la peine à se reconnaître dans une identité toxicodépendante, celle-ci marquant un aveu d'échec.

*« Je détestais, je détestais y aller (dans les structures du DSB). J'allais bien sûr la journée des fois pour, comme je vous ai dit, me cacher ou pour aller chercher des seringues la journée. Le Centre Saint-Martin, c'est là où ils me donnaient la méthadone, donc forcément j'étais obligée d'y aller tous les jours. Quand vous n'avez pas de logement, vous devez y aller tous les jours. Je détestais ça, je détestais d'être avec les autres et tout quoi. »*

Les différences mises en avant portent sur l'hygiène, la tenue et la non-déchéance.

*« Je ne me suis jamais sentie vraiment toxicomane, vous voyez. Je ne me suis pas... Ouais, c'est comme si j'avais un pied dedans et puis un pied dehors. (...) Moi j'ai toujours été très propre sur moi, j'ai toujours été soignée, je n'ai jamais été / je ne me suis jamais laissée aller complètement à ne plus savoir qui j'étais. »*

Cette exacerbation délibérée de ce qui les différencie des autres femmes de la zone est compréhensible si l'on prend en compte les nombreux stigmates sociaux dont est porteuse la femme toxicodépendante (Ernst 1995 : 63) « mépris, dévalorisation et condamnation morale ont été rencontrés si souvent qu'ils ont été incorporés, et il devient dès lors très important de se présenter de manière à se démarquer de la catégorie « femme toxicodépendante / marginalisée » ».

Ce besoin de se différencier des autres femmes toxicodépendantes est également une façon d'espérer une issue à leur histoire qui soit différente des tragédies dont elles ont

été témoins (mort par overdose, retrait de la garde des enfants etc.). Tout élément qui viendrait confirmer cette différence est investi d'un espoir de s'en sortir mieux que les autres.

*« Ben, je connais. J'ai fréquenté le Passage, puis autrement non, je n'ai pas tellement d'atomes crochus, tout le monde le dit, je ne suis pas, mais je n'ai jamais eu d'atomes crochus avec la zone. Ça veut dire, il y a énormément de gens qui se connaissent de vue, mais je veux dire, j'ai pas quoi, j'ai pas de lien quoi, je veux dire si je passe puis je reste, c'est parce que, je ne sais pas, sur X personnes que j'ai connues, c'est les gens avec qui j'ai... je ne sais pas comment expliquer ça quoi. Je n'ai jamais eu de, je ne me suis jamais sentie bien ou même à un moment donné, on peut se sentir bien à un moment donné puis plus bien après. Mais je ne me suis jamais sentie bien dans ce contexte-là. »*

*« J'ai passé dans ma vie au niveau des drogues, mais j'ai tellement fait mes preuves au niveau de mes potes, je veux dire socioéducatifs éducateurs qui m'ont tous dit la même chose, qu'ils m'ont dit : « Ouais c'est vrai, (...) t'as un souci, mais tu fais pas partie du lot de la rue, toi c'est sûr tu vas réussir à vivre, à te fabriquer une vie magnifique. »*

*« Le problème c'est qu'à la rue, j'étais vraiment à la rue, alors je dormais la journée, je trouvais des endroits pas possibles. J'allais même au Beau-Rivage, au Palace. Il fallait toujours des endroits propres, hein, vous voyez, je ne pouvais pas. Les zonards comme j'étais jamais avec, les gens de la rue, ils m'appelaient la snobe, enfin tout ça. Moi, j'allais seulement à la Soupe pour échanger mes seringues, prendre des neuves, mais pas pour être avec eux, ou autre. Je n'ai jamais partagé, jamais fait quelque chose avec eux. J'étais toujours dans mon coin, toute seule. Donc la journée je me cachais, je vivais la nuit, pour ne pas que l'on me voie, parce que c'était trop dur pour moi, en tant que femme, qui ne comprenais pas comment une mère pouvait abandonner ses enfants, je ne l'ai jamais compris et je l'ai fait. Je n'ai pas voulu abandonner mes enfants, mais je l'ai fait.»*

Par ailleurs, et c'est une constatation récurrente, la consommation n'est pas un phénomène constant, et se succèdent aux phases de recours aux produits des périodes d'abstinence ou de relative gestion de la consommation. Pour certaines, c'est donc lorsqu'elles sont dans une phase où elles ont arrêté de consommer des substances illicites, qu'elles évitent délibérément de se rendre dans des lieux considérés comme « à risque », parce que cela pourrait les mettre en contact avec un produit dont elles cherchent à se protéger. Pour d'autres, c'est la question du regard social et de la stigmatisation qui est mise en évidence. Il faut éviter les structures pour ne pas être repérée et cataloguée comme toxicomane. Enfin, certaines, au contraire, lorsqu'elles sont sans logement et cherchent à échapper à la rue et à la solitude, « trichent un peu » pour pouvoir fréquenter ces lieux.

*« Je pense que, le Passage, il y a beaucoup de femmes qui vont pas, parce qu'elles ont pas forcément de problème de toxicomanie, et pis d'aller là bas, on se retrouve quand même au milieu de toxicomanes. Moi c'est ça qui me gêne, c'est pour ça que la Soupe j'y vais pas trop, parce que les gens qui peuvent passer en voiture, qui vous voient là... Enfin moi en 10 ans, j'ai connu d'autres gens, que je n'aimerais pas qu'ils me voient là,*

*quoi. Des gens qui connaissent pas forcément mon passé, il suffit qu'ils passent à la rue St-Martin, puis ils vous voient en train d'attendre à la soupe, on est vite catalogué je dis. »*

*« St-Martin c'est pour les toxicomanes, je n'y suis jamais allée. Bon, je ne touche plus à l'héroïne depuis plus de seize ans, donc ce n'est plus mon problème. Bon moi, je touche pas à beaucoup, mais je veux dire ça dépend des moments, mais je touche plutôt à la cocaïne ou au shit ou à l'herbe, de temps en temps à l'alcool. Mais c'est pas mon quotidien quoi ! C'est vraiment de temps en temps quand il y a les moyens financiers aussi. »*

*« Oui, ça c'était aussi une petite famille. Quand on se retrouve tout seul, qu'on n'a pas de famille, qu'on est seul dans un pays et tout. Tous les midis, ça me faisait plaisir de voir les gens, de savoir que j'allais passer l'après-midi, avec un ou deux, qu'on allait aller au bord du lac. Non, le Passage, je n'ai que du bon que du bon. Bon, la seule chose, c'est qu'il y a quand même encore trop de came dedans et c'est ça qui fait que je ne peux plus y aller. Parce que tu vois les gens qui dorment sur leur assiette et ça, moi je ne peux plus voir ça. Puis je me souviens, il y avait une personne qui s'occupe, qui est responsable de Saint-Martin, parce que quand j'avais arrêté de prendre tous les produits, tout ça, je continuais d'aller au Passage. Puis elle m'avait dit « fais attention », parce que, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, plus près du feu, plus vite brûlé quoi. Il m'avait dit, « fais attention » et tout. Il a eu raison parce qu'un an après, j'ai eu des difficultés. J'étais presque à la reprise. Donc c'est vrai que ces endroits, même si c'est sympa et tout, c'est bon juste pour t'aider, mais après... »*

*« Maintenant c'est sûr il y a certains endroits où l'on a pas trop envie d'aller. Parce que c'est aussi les fréquentations. »*

*« Je ne fréquente pas l'endroit parce que c'est prendre des risques. »*

*« Non. Moi je pense qu'il faudrait, il faudrait une structure de jour pour – pas pour des gens que – pour des gens qui n'ont pas d'endroit où aller la journée, pour des gens qui ont – et bien voilà, qui cherchent un peu d'avoir de la compagnie ou une aide. Mais pas forcément qu'elle soit cataloguée. Parce que par exemple, quand vous allez au « Passage », vous êtes cataloguée comme quelqu'un de dépendant aux drogues. Voilà. Si vous avez une femme qui elle, elle vit à l'hôtel, qu'elle est obligée de sortir la journée, mais qu'elle n'est pas une toxicomane, d'aller dans cet endroit-là, ça va la ficher et ce n'est pas... Voilà. Donc ça va la freiner. Voilà. Donc, c'est ça. Il faudrait une structure un peu comme une maison de jeunesse, quoi. Comme ils font pour les jeunes, mais pour les adultes. Parce qu'on est – voilà – on n'est pas suffisamment payé par le social pour rester dans les cafés tous les jours, quoi. Donc « ... ». Bon, si vous avez un logement, un normal on va dire, ça va quoi. Si vous êtes en plus en ville, ça va quoi. Vous pouvez rester à la maison, de temps en temps sortir, ça va. Mais dès que vous êtes en dehors de la ville, que vous n'avez pas un logement, on va dire total, vous n'avez pas le choix, quoi. Vous êtes obligée d'être dehors, quoi. Voilà, on est obligées d'être dehors toute la journée et puis avec le froid qu'il fait. Bon quand c'est l'été, ce n'est pas grave. Mais quand l'hiver approche, on n'a pas le choix. Donc, il y en a beaucoup, oui. Et puis en plus, ce « Passage », comme je vous ai dit, ils n'acceptent pas tout le monde, quoi.*

*Donc des fois, il faut même mentir un peu quand on passe à l'arrivée pour être sûre de pouvoir au moins s'installer dans un endroit chaud. »*

*« Pas vraiment non, j'évitais de fréquenter ces endroits, parce qu'il y a des gens qui sont, (...) bon désolée un peu plus atteints quoi. Il y en a qui sont malades, schizophrènes, toxicomanes, alors j'ose pas trop m'approcher. S'il se passe quelque chose dans leur tête. »*

La vision qu'elles ont des structures en influence aussi le recours. Une des femmes de notre groupe déclare ne pas aller à Point d'Eau, malgré le besoin qu'elle pourrait en avoir, car d'autres en ont encore plus besoin qu'elle.

*« Oui il y a le Point d'Eau, mais bon moi j'ai un revenu social, en même temps, je n'ai pas le droit de me trouver là-bas, car ce sont plutôt ceux qui n'ont pas de papiers, pas de revenu d'insertion et qui ont une situation plus grave. Donc en même temps je trouve injuste d'aller là-bas quoi. Bon, ça dépanne pour faire une lessive, mais c'est trop loin, il y a trop de gens. Et, ils en ont plus besoin que moi. Je peux trouver un autre endroit où aller. »*

La présence massive d'hommes dans certains endroits est aussi vue comme un écueil à la fréquentation. Comme nous l'avons observé, certaines des femmes rencontrées ont vécu de multiples abus et violences. Se rendre dans des lieux fréquentés majoritairement par des hommes c'est se soumettre potentiellement à un risque de revivre des situations hypothétiquement problématiques.

*« C'est malsain des fois. Si vous êtes une femme qui est – si vous êtes une femme – oui, une femme, je veux dire, qui est un peu timide, qui est – vous voyez, qui n'est pas... Moi je suis un peu garçon manqué, donc moi je n'ai pas de souci parce que s'il y en a un qui m'embête je le remets à sa place. Mais vous voyez, il y a certaines femmes, elles ne sont pas comme ça. Donc oui. Elles arrivent dans un endroit, il y en a qui sont peu respectueux envers la femme. Donc ce n'est pas génial. Elles se font draguer et elles ne sont pas là pour ça, quoi. »*

*« C'est vrai que c'est beaucoup de demander une structure adaptée pour ceux qui n'ont rien, pas d'endroit où aller la journée. Mais, on sait qu'on ne peut pas s'attendre à une structure pareille, quoi. Mais, je sais qu'il y a beaucoup de femmes qui ne vont pas dans certains endroits – c'est voilà, pour la fréquentation, c'est pour le genre de personnes qui y sont, donc elles ne peuvent pas. Les femmes, elles sont plus timides, plus réservées, donc il y a certains endroits, il y a trop d'hommes, il y a trop... Tout dépend après de la femme comment elle est, quoi. Mais moi, j'en connais qui... voilà qui ne peuvent pas... préfèrent passer toute la journée dehors, parce qu'elles ne veulent pas aller dans ce genre de structures comme ça. Et « le Passage » n'est pas ouvert à tout le monde. Donc ceux qui sont refusés, et bien voilà. Ils sont dehors toute la journée à rien faire. »*

*« Ben, en fait j'y suis allée une fois, mais je ne sais pas, je me sens mal à l'aise, je me dis que quelque part je n'ai pas besoin d'être là. Il y en a qui ont plus besoin que moi. »*



*« Ben, disons, le Passage, je veux dire, déjà si les gens sont trop pétés, en général ils se mettaient dans un coin puis ils disent « oui, je suis fatigué », machin et tout, mais vous n'êtes pas entourées de gens qui boivent des bières, ça gueule et tout ça. »*

### **Motifs de fréquentation**

Les femmes semblent utiliser les structures de façon fonctionnelle, ce qui signifie que lorsqu'elles sont dans le besoin, elles s'y rendent sans trop de résistance afin de pouvoir bénéficier des prestations offertes. La question d'avoir un logement à soi ou non est aussi un indicateur à prendre en compte, celles qui n'ont pas d'appartement fréquentent les structures par obligation et par défaut car elles n'ont pas d'autres lieux où aller. C'est aussi vu comme un palliatif à la solitude vécue. Certaines évoquent aussi la nécessité de fréquenter les associations proposant des activités pour se réinsérer dans une normalité.

*« Au Passage c'est assez... c'est assez bien, c'est complet. On peut manger pour une somme modique. On peut avoir des boissons chaudes. On peut avoir un lieu chaud où on peut rester à l'intérieur. On peut avoir accès à l'Internet. On peut avoir des soins médicaux. On peut avoir accès à des conseils si on en a besoin. Et puis l'ambiance est assez... on va dire : ça va quoi. De temps en temps il y a toujours deux, trois petits clashes, mais c'est assez... sympa. On n'est pas, on est un peu de tous les niveaux différents. »*

*« Oui des petits trucs comme ça pour s'occuper. Pour ne pas rester à se laisser aller, quoi. C'est ça l'histoire, quoi. Et moi j'ai besoin de voir du monde, sinon je sais que je vais... si non je me laisse... enfin je ne dirais pas jusqu'à me laisser mourir mais des fois, c'est presque ça. »*

*« Lorsque je fréquentais ces structures c'était pour la nourriture, les habits, comme j'étais à la rue je n'avais que les habits que je portais sur moi-même, donc voilà j'allais aussi pour les habits et puis pour le matériel d'injection. Mais à ce moment-là, en tout cas moi je refusais toute aide extérieure, dès que l'on commençait à vouloir trop s'occuper de moi, à vouloir me sauver entre guillemets, moi je partais, parce que je ne voulais pas qu'on m'aide à vivre, je ne voulais pas vivre, je ne voulais pas que l'on me sorte de là. »*

*« Oui, une chambre d'hôtel, quoi. Après avoir galéré, j'ai réussi à trouver une chambre d'hôtel. Et bien justement, avec la jeune fille qui était là avec nous, quoi. Mais ça a été une galère pour la trouver, quoi. J'ai fait tout l'annuaire téléphonique en une journée [ rire ]. Donc « ... » c'est pas non, c'est pas facile de trouver un logement, déjà qui soit dans nos prix, ou dans les prix qu'on a au social. Donc ce n'est pas facile déjà. Et puis voilà, si moi j'avais déjà rien qu'une cuisine à la maison, je ne m'embêterais même pas la journée à être dehors, quoi. Mais voilà, c'est vraiment... on a pas le choix, on est obligé de sortir. Comme je ne peux pas non plus - je n'ai pas les moyens financiers de dépenser tous les jours de l'argent pour boire un café dehors, pour être dans un endroit chaud. Donc, je suis obligée d'aller dans les structures comme ça. Parce qu'il n'y en a pas de structure normale. »*

*« Le Passage » à la base, c'est vraiment pour les gens qui ont vraiment des problèmes avec la dépendance. Bon, on a tous un peu des problèmes avec la dépendance, on va dire. Mais « ... », s'il y avait un autre endroit, où c'est vraiment pour les gens qui sont SDF ou qui sont dans, on va dire, un peu dans la misère, un endroit pour se poser là, on irait se poser là. Là, on est quand même obligés de côtoyer des gens qui, qui tous les jours vont se shooter, qui tous les jours sont défoncés ou alcoolisés. On n'est pas dans le même domaine non plus, dans le même monde. Mais on est obligés, on n'a pas le choix, parce qu'on n'a nulle part où aller. »*

*« Voilà. Alors en fait, tous les soirs j'y vais. J'y vais pratiquement tous les soirs, je suis obligée. Parce que si je veux un repas chaud, quoi. Bon, si je sais que le repas c'est froid, je ne me casse même pas la tête, quoi. Je rentre à la maison direct, quoi. Mais « ... » si c'est chaud, oui, je suis obligée. Il faut au minimum un repas chaud par jour. Donc voilà. Mais heureusement qu'il y a ces endroits-là, ces structures. Parce que sinon, on n'aurait vraiment rien du tout. »*

*« L'Éveil pour me réintégrer, pour quitter la Zone quoi. »*

De façon générale nous pouvons mettre en évidence que le recours ou non aux structures est souvent à mettre en lien avec la question d'une identité qu'elles acceptent d'assumer ou non. Ceci varie bien sûr énormément en fonction du moment particulier de la trajectoire personnelle où a eu lieu l'entretien, selon que la personne interrogée se trouvait en phase de consommation - plus ou moins contrôlée - ou d'abstinence.

Toujours autour de l'identité, nous devons prendre en compte chez certaines le refus de se faire cataloguer comme toxicomanes avec ce que cela représente en termes de stigmates sociaux et de représentations négatives, ce qui peut être interprété comme une volonté de se protéger, malgré le fait qu'elles ont une faible estime d'elles-mêmes. Une volonté d'échapper à des structures qui sont majoritairement fréquentées par des hommes, surtout si elles ont vécu des épisodes de violences et d'abus. Les structures d'accueil sont perçues comme des lieux d'aide utile en cas de besoins particuliers, mais hostiles en fonction de la population présente.

La question d'avoir un logement ou non est aussi prépondérante : celles qui n'en ont pas déclarent avoir besoin des structures d'aide pour sortir de la rue, pouvoir se poser, faire des rencontres pour ne pas devenir « folles ». Lorsque de mauvaises expériences des structures nous ont été relatées – ce qui est le cas uniquement concernant les lieux d'hébergement d'urgence – ce sont ces expériences qui ont déterminé le choix de ne plus y recourir malgré la précarité des situations expérimentées.

Dans le rapport de recherche « Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande », nous avons des indications intéressantes sur la question de l'aide telle qu'elle peut être perçue par les femmes. Notre propre analyse nous permet de reprendre les conclusions de ce rapport en ce qui concerne en tout cas les questions de la dimension relationnelle dans la demande d'aide. Contrairement aux services généralistes, les structures du DSB sont spécialisées dans la relation d'aide pour les personnes en phase de consommation active, et pour la majorité d'entre elles l'accueil est envisagé de façon à ne pas stigmatiser la consommation, celle-ci faisant

partie du paysage et de la réalité des usagers-ères rencontré-e-s. Elle est une composante parmi d'autres, les personnes sont reçues de façon inconditionnelle, l'abstinence n'est pas une condition nécessaire pour pouvoir bénéficier des prestations offertes. Le regard des professionnel-le-s est donc de ce point de vue non jugeant.

Malgré cela, ce n'est peut-être pas suffisant pour les femmes toxicodépendantes. Les réponses qui sont données à la question de ce qui a été aidant pour elles dans leurs trajectoires, ce n'est jamais une structure qui est mise en évidence mais une personne particulière. En ce qui concerne l'aide apportée par les travailleurs sociaux hors murs, les usagères relèvent que son utilité est importante, cet accompagnement ayant lieu aussi bien dans les phases de consommations actives que dans celles de maîtrise. Que cette présence aidante, sans critères et inconditionnelle, permet l'établissement d'un lien sur le long terme.

*« Ceux qui checkent tout ça sont mes amis éducateurs. [Suit un chapelet de noms]. Je les aime bien. »*

*« On se repose, c'est vrai, sur X, ou comme ça qui essaie de trouver des habits, en fait il n'y a qu'elle qui m'aide. Je suis aidée par elle, mais je ne fréquente pas le local. »*

*« X, elle, m'a beaucoup aidée, par rapport à, parce qu'elle avait les numéros plus facilement que ça, des choses. Ben, parce que quand tu n'as pas d'argent et que tu es dehors, après pour trouver de l'aide, même que tu en demandes, les gens ils ne te voient pas. De toute façon, tu ressembles à un clochard, même que tu demandes de l'aide, les gens ils ne te tendent pas la main, ils te crachent dans la main. Il n'y a que X qui m'a écoutée et qui m'a aidée. »*

*« Je pense à mon médecin qui m'a beaucoup soutenue. C'était un vieux médecin comme on n'en fait plus, je dirais... qui prenait du temps, qui chaque fois que j'allais le voir prenait du temps pour moi. Il m'a pris sous son aile. Il a eu confiance en moi aussi. Donc c'est très difficile aussi dans la toxicomanie que les gens aient confiance en vous dans le sens où l'on loupe tout le temps les rendez-vous, on raconte n'importe quoi donc bien sûr à un moment donné vous êtes plus crédible. Ça c'est très important aussi pour un toxicomane quand il veut s'en sortir, c'est qu'il respecte ses rendez-vous, qu'il réalise que le mensonge, il faut arrêter ça. »*

*« C'est mon AS, mon référent de Saint-Martin, surtout lui il m'a prise quand je suis sortie de Cery, il a été patient, il a été très patient, puis toujours d'une gentillesse, toujours faire les choses avec calme. Il me disait par exemple de prendre tout mon courrier, parce que je ne regardais même plus mon courrier et tout. Il prenait mon courrier avec moi, il déballait avec moi, on devait écrire, s'il fallait écrire, on écrivait et tout. »*

Cette personnalisation de l'aide ne signifie pas une mauvaise appréciation des institutions d'aide disponibles dans le cadre du DSB. Qu'elles y aient recours ou non, de façon générale et unanime, elles en reconnaissent l'utilité et le bien fondé. Leurs propos, s'ils sont virulents, le sont toujours en fonction d'une mauvaise expérience vécue et ils sont à mettre en liens avec une situation particulière ou les autres

personnes fréquentant la structure en question, mais jamais avec les personnes y travaillant, qui sont toujours jugées positivement. Elles sont reconnaissantes à leur égard, se sentent soutenues et respectées.

Le jugement est un peu différent en ce qui concerne le CSR. Si de façon générale elles sont satisfaites de leurs relations, certaines ont émis de critiques, et celles-ci sont souvent en rapport avec la question du logement en particulier. La difficulté de trouver des solutions dans ce domaine, indépendamment d'ailleurs de la volonté du travailleur social, leur donne l'impression d'être quantité négligeable.

La situation est aussi différente en ce qui concerne le SPJ, pour les femmes qui sont mères, car malgré le travail d'information et de présentation d'une institution qui se veut aidante et soutenante à l'accompagnement de la parentalité, celui-ci reste toujours perçu comme un organisme dont il faut se méfier car il est intrusif, disqualifiant et retire les enfants.

Une des femmes interrogées souligne aussi la difficulté de pouvoir apprécier les critères qui déterminent leurs choix. Ceux-ci semblent arbitraires et fonction de la personne en charge du dossier, si celle-ci change, tout peut être remis en question.

On peut relever que les entretiens reflétaient parfaitement une certaine segmentation des missions des différentes institutions sociales, segmentation dont les usagères sont conscientes et, bien qu'elles le déplorent parfois, dont elles s'accommodent en fréquentant alternativement ou simultanément les différentes structures, en fonction des besoins. On pourrait schématiser cela en disant que les CSR sont pour les sous, les structures bas seuil pour la chaleur (parfois la chaleur humaine), la nourriture et le matériel stérile, les services spécialisés (tutelles, SPJ, etc.) ayant chacun leur mission, et les TSHM et la Pastorale de la rue étant souvent ceux qui accompagnent, créent le lien et orientent en fonction de l'urgence de la problématique de chacune.

Après avoir exposé la vision des usagères, il est important de prendre en compte celle des professionnel-le-s, appréhendée à travers questionnaire et entretiens.

Différents axes seront dégagés : d'une part, la réalité des chiffres en termes de fréquentations dans les différentes structures, du nombre de femmes toxicodépendantes et de femmes fortement marginalisées. D'autre part, comment les structures qui reçoivent ces femmes les orientent ou pas vers d'autres organismes. Par ailleurs, nous nous intéresserons ensuite au travail en réseau, c'est-à-dire avec qui travaillent-elles autour de situations rencontrées.

Nous chercherons à mettre en évidence la perception que les professionnel-le-s peuvent avoir autour de ces situations, en particulier en ce qui concerne les besoins ou les aspects spécifiques qui devraient être pris en compte pour améliorer l'offre. Nous avons dû regrouper les institutions dans des catégories, celles-ci sont, tant que faire se peut, organisées selon une logique liée aux prestations qu'elles offrent.

## Chapitre 4 : Le point de vue des professionnels

Il est assez difficile de classer ces différentes institutions de façon parfaitement homogène. La nature du travail spécifique effectué n'est pas un critère totalement satisfaisant, leurs interventions et leurs missions étant le plus souvent multiples. Le type d'intervention principale a donc été le premier critère de classement utilisé, mais de fait certaines structures auraient pu être répertoriées dans plusieurs groupes. L'utilisation d'un classement multiple rend compliquée la restitution des données fournies, c'est pourquoi nous avons, pour faciliter notre travail d'analyse, répertorié les différentes institutions de la façon suivante :

- A) **Les généralistes qui accueillent les deux populations** dans lesquelles nous regroupons : le Centre social cantonal et les CSR ainsi que le CSP, la Fraternité, le CASI Caritas, le GRAAP, Tandem et l'UNAFIN.
- B) **Les spécialistes qui accueillent les femmes toxicodépendantes en résidence.** Sont regroupées dans cette catégorie les structures résidentielles : Fondation les Oliviers, Fondation du Levant, Fondation Bartimée et le Foyer du Relais.
- C) **Les spécialistes addictions ambulatoires médicaux<sup>18</sup>** qui accueillent les femmes toxicodépendantes ou alcoolodépendantes, ainsi que les joueuses excessives : Centre Saint-Martin, Centre du Jeu excessif, Service d'Alcoologie du CHUV, Le CAP de la Fondation du Levant. Sont inclus dans ce groupe les médecins de l'AVMCT ainsi que l'unité de Psychiatrie Mobile.
- D) **Les spécialistes addictions du DSB** : La Fondation ABS, Le Passage, Rel'aids.
- E) **Les spécialistes qui offrent des prestations de réinsertion ou d'occupation** aux deux catégories de femme de notre recherche : Cefil, Bethraïm, L'Atelier l'Eveil ainsi que Sport'Ouverte, Fondation Mère Sofia, Macadam.
- F) **Les spécialistes qui offrent des prestations en liens avec la violence** : La Lavi, le Centre d'Accueil Malley-Prairie.
- G) **Les structures d'hébergement nocturne** : La Marmotte et le Sleep-In.
- H) **Les structures de prévention au sens large** : Fleur de Pavé et Point d'Eau. La Pastorale de la rue.

---

<sup>18</sup> Ce qui inclut aussi, bien entendu, des prestations sociales selon l'approche classique bio-psycho-sociale.

#### **4.1 Les chiffres de fréquentation des différentes structures selon les deux catégories de population**

Les données récoltées nous donnent un aperçu du nombre de personnes dans les situations décrites qui ont eu recours aux différentes institutions interrogées dans le cadre de cette enquête. Il nous a fallu parfois faire des extrapolations ; effectivement les données de récoltes statistiques sont hétérogènes, le monitoring est envisagé différemment selon les structures. Certaines ont des recueils statistiques en termes de personnes physiques rencontrées alors que d'autres les recensent en nombre de contacts.

Nous présentons ici les données générales en fonction des catégories que nous avons déterminées.

##### **A) Généralistes**

Pour les CSR, le nombre de dossiers femmes varie entre 20 et 50% ; un des CSR n'a pas de statistiques fiables en ce qui concerne le nombre de femmes toxicodépendantes qui est évalué approximativement à environ 10 femmes, mais par contre il évalue entre 5 à 10% le nombre de femmes fortement marginalisées. Le second CSR traite environ 25 femmes dépendantes et 1-2 femmes décrites comme fortement marginalisées. Pour le troisième, nous arrivons, par extrapolation, aux mêmes chiffres, mais avec cette fois autant de femmes décrites comme fortement marginalisées. Ces chiffres sont à mettre en lien peut-être avec la difficulté d'apporter une définition claire et non ambiguë de ce qui est entendu par marginalité. Nous pouvons par ailleurs aussi mettre en évidence les situations géographiques de ces CSR : certains endroits recrutent peut-être plus que d'autres une population plus précarisée en fonction de différents paramètres tels que l'accessibilité à des logements meilleurs marchés, etc. En d'autres termes, les problématiques sociales ne sont peut-être pas tout à fait identiques si l'on vit dans une petite commune ou un centre urbain. Pour les autres structures, il faut noter que les portes d'entrée sont en lien avec des problématiques spécifiques : migrations, problèmes psychiatriques, désendettement. Ici la proportion de femmes est relativement importante, de 50 à 59 %, par contre, une seule de ces structures mentionne le nombre de femmes toxicodépendantes (10). Elles en rencontrent, mais ne disposent pas de chiffres précis. L'une d'entre elles déclare ne pas avoir de données en fonction de la variable sexe.

##### **B) Spécialistes résidentiels**

En ce qui concerne ces lieux, la proportion de femmes accueillies varie entre 20 et 25%. L'une des institutions estime entre 5 et 10% la part de femmes décrites comme fortement marginalisées mais qui sont également toxicodépendantes. Ces chiffres correspondent bien aux taux de fréquentation des femmes dans les institutions résidentielles qui sont toujours majoritairement fréquentées par les hommes ; c'est depuis longtemps d'ailleurs une question récurrente qui a fait l'objet de la recherche « Point de vue sur les femmes toxicodépendantes en Suisse romande », recherche que nous avons mentionnée à plusieurs reprises dans le cadre de ce travail.

### C) **Spécialistes addictions ambulatoires médicaux**

Dans cette catégorie sont comprises des structures qui accueillent exclusivement des personnes dépendantes, mais sont ici pris en compte également d'autres lieux ou personnes qui prennent en soin une population diverse et pas exclusivement toxicodépendante. Ces structures non spécifiques toxicomanie ont donc un taux d'accueil relativement faible de femmes toxicodépendantes et de femmes en situation de grande précarité. C'est particulièrement vrai pour les deux médecins généralistes du réseau AVMCT (10 femmes toxicodépendantes et 20 femmes fortement marginalisées) pour l'un et (4 femmes dépendantes et 2 femmes marginalisées) pour l'autre.

L'une des instances qui s'occupe de problèmes psychiatriques a un taux de femmes de 50% alors que les femmes toxicodépendantes rencontrées sont le 20% de ce 50% (20 femmes). Par contre, elle rencontre un nombre plus important de femmes décrites comme étant en situation de grande précarité qui sont trois fois plus nombreuses que les toxicodépendantes (60 femmes).

Idem pour le service qui prend en compte la question du jeu excessif qui comptabilise 25% de femmes sur sa cohorte générale et sur ce 25% de femmes, 5 à 10% ont également une problématique d'addiction aux produits psychotropes alors que 20% d'entre elles entrent dans la catégorie des femmes fortement marginalisées.

Pour les autres structures spécifiques addictions, la fréquentation des femmes dépendantes varie peu, entre 25% et 26,4%, soit un quart de leur population.

### D) **Spécialistes addictions DSB**

Les chiffres ici varient entre 16% et 30,9 % à noter que le nombre le plus important est relevé par les spécialistes du travail hors murs, qui rencontrent majoritairement les femmes de façon individuelle et sans contrainte sous le principe de la libre adhésion. Que le taux de fréquentation le plus bas est à mettre en lien avec ce que nous avons souligné au chapitre : 3.1 Identification, identité et non-fréquentation des structures. Et en particulier ce que disent les femmes en ce qui concerne la fréquentation de ces différents lieux.

### E) **Spécialistes réinsertion/occupation**

Pour ces structures nous trouvons un taux de femmes extrêmement variable qui oscille entre 10 à 70%<sup>19</sup> de femmes. Par contre, lorsque nous prenons en compte la question spécifique de la dépendance, cela réduit largement la proportion de femmes toxicodépendantes qui oscille ici entre 8 et 50% environ. Deux des structures ont par ailleurs une proportion de femmes décrites comme fortement marginalisées un peu supérieure. Ceci est sans doute à mettre en lien avec la nature des prestations offertes dans ce domaine en particulier.

---

<sup>19</sup> Cette structure est une exception, il faut aussi prendre en compte que ce pourcentage est calculé sur un petit nombre d'usagers.

## **F) Spécialistes violence**

L'une de ces structures rencontre exclusivement des femmes, 3,7% des femmes rencontrées ont une problématique addiction alors que 6% sont décrites comme fortement précarisées.

## **G) Structures d'hébergement nocturne**

Les structures d'hébergement d'urgence sont majoritairement fréquentées par des hommes. Peu de femmes toxicodépendantes y ont recours, mais toutes sont décrites comme fortement marginalisées, ce qui est assez logique puisque nous pouvons imaginer que ce sont des personnes qui n'ont pas de logement.

## **H) Structures de prévention**

Ici encore l'une des associations s'adresse majoritairement aux femmes, la proportion de femmes toxicodépendantes rencontrée est d'environ 10%. Alors que les 2/3 sont des femmes décrites comme fortement marginalisées. Pour l'autre association, le nombre de femmes toxicodépendantes est faible, alors que les femmes en situation de marginalité représentent entre 10 et 15 % des personnes fréquentant la structure. Par contre, cette dernière offre différentes prestations et il est intéressant de constater que les offres proposant des soins sont majoritairement utilisées par les femmes.

Nous devons remarquer que la difficulté de quantifier avec précision et de donner des chiffres véritablement fiables provient entre autres des différences propres aux institutions interrogées. Le monitoring et la tenue des statistiques n'est pas toujours très clair, chacun y va de sa propre logique. Mais nous devons toutefois souligner que la majorité des structures comptabilise les contacts en y ayant introduit une variable sexospécifique, une seule de toutes les institutions interrogées n'a pu le faire, puisque elle n'a pas dans ses dossiers pris en compte la question du genre de la personne qui sollicite l'aide.

## **4.2 Cartographie de l'orientation**

Une des questions, portant sur l'orientation dans le réseau, visait à comprendre vers qui les structures orientent les femmes dépendantes et les femmes en situation de marginalité. La majorité des institutions interrogées orientent les personnes rencontrées en fonction des besoins spécifiques identifiés (toxicodépendance ou marginalité). Ce qui signifie que les généralistes ou non-spécialistes addictions orientent les femmes qui ont une problématique de consommation de produits psychotropes vers le réseau spécialisé dans les dépendances.

Cet item est important car il démontre que les différentes structures interrogées ont une bonne vision des offres existantes sur le terrain et de qui sont les institutions en présence, c'est-à-dire en particulier en quoi les offres proposées par les autres sont complémentaires à leurs propres prestations. Par contre, nous devons relever que plusieurs institutions mentionnent orienter les femmes toxicodépendantes en particulier sur Appartenances. Curieusement cette association nous a répondu par



courrier en mentionnant qu'elle ne recevait pas cette population particulière et de ce fait ne jugeait pas utile de répondre à notre questionnaire.

Certaines aussi ne mentionnent aucune orientation, ce qui nous semblait surprenant ; nous avons donc vérifié cette information qui s'est avérée erronée, ce qui pose très clairement la question pour certains de la nature de l'information transmise au travers des réponses données dans le questionnaire.

### **4.3 Travail en réseau**

Différentes réponses nous sont apportées en ce qui concerne la question du travail en réseau.

Il y a les structures qui l'évoquent et le mettent en pratique de façon informelle et autour de situations emblématiques. C'est en particulier le cas dans le cadre du DSB Lausannois. Pour mémoire, l'un des objectifs de cette coordination, conduite par Rel'ier, est de favoriser et développer le travail en réseau. Celui-ci est ici conçu comme un espace de rencontre permettant aux professionnel-le-s de travailler ensemble à la résolution de problèmes et ce n'est donc pas lié à une personne en particulier. On travaille une thématique, c'est plus une intervision collective qu'un travail en réseau au sens classique du terme. On confronte son regard à celui des autres intervenant-e-s des structures de ce réseau, on recherche ensemble des solutions.

D'autres évoquent le travail en réseau tel qu'il est généralement envisagé, autour d'une personne particulière afin de trouver avec elle et l'ensemble des partenaires en présence les moyens de répondre de la façon la plus adéquate possible aux besoins exprimés. Ce sont, dans ce cas de figure, des situations particulières qui sont travaillées, et c'est la recherche de solutions acceptables pour la personne qui est le moteur de ces rencontres.

Certain-e-s professionnel-le-s participent à ce travail de réseau de façon obligatoire en lien avec la nature des prestations qui sont les leurs. D'autres, ont une marge de manœuvre plus souple et interviennent dans les réseaux en fonction des demandes, c'est-à-dire que leur participation n'est pas liée à un mandat, mais peut être sollicitée à la demande de la personne concernée. En ce qui concerne le travail en réseau en particulier, nous pouvons ici mettre en évidence que lorsque les réseaux sont définis en fonction de la nature et des missions institutionnelles, les professionnel-le-s sont légitimés en quelque sorte à faire ce travail. Lorsque la nature et les missions sont plus « floues » certain-e-s intervenant-e-s font remarquer que leur participation n'est pas automatique et qu'il est parfois difficile pour eux de faire reconnaître leur légitimité auprès des autres professionnel-le-s. C'est le cas en particulier autour de certaines situations en lien avec la maternité, les différent-e-s intervenant-e-s des services spécifiques, tels que le SPJ et la consultation spécialisée grossesse et addictions sont les partenaires naturels de ces réseaux, alors que le Dispositif Seuil Bas n'est pas toujours sollicité, ce qu'il regrette.

Il existe bel et bien un champ de tension entre les professionnel-le-s du réseau qui par la nature de leurs fonctions ont des missions de protection de l'enfance et le réseau

qui prend en charge la question des parents. Ce n'est pas une situation nouvelle et elle a déjà fait l'objet de plusieurs travaux et a conduit à la mise en place d'une recherche action sur l'ensemble du canton « Processus de connexion interinstitutionnelle enfants en bas âge de parents toxicodépendants »<sup>20</sup> (Alvarez et Prats).

Au travers de ce questionnaire, nous souhaitons aussi examiner si la dimension genre est prise en compte dans l'aide apportée et en particulier si les professionnel-le-s interrogé-e-s prennent en compte cette dimension dans leurs interventions. Il semblait également important de déterminer si les intervenant-e-s ont les outils nécessaires pour aborder de façon spécifique les femmes rencontrées. C'est ce que nous allons examiner dans la suite de ce travail.

#### **4.4 Prise en compte de la spécificité genre dans la prise en soins**

*A) Les professionnel-le-s consulté-e-s prennent-ils-elles en compte la dimension spécifique genre dans leurs manières de prendre en charge les femmes rencontrées dans le cadre des prestations offertes par leurs institutions ?*

Les réponses sont ici quasi unanimes. La majorité des structures mentionnent prendre en compte cette dimension spécifique. Seulement deux d'entre elles ne le font pas et en particulier l'une de ces structures est celle qui ne peut donner les chiffres du nombre de femmes qui a recours à elle. Par contre nous ne savons pas toujours concrètement comment les choses se déclinent et ce que les professionnel-le-s envisagent lorsqu'ils-elles disent prendre en compte cette dimension de façon spécifique.

*B) Le personnel est-il formé/sensibilisé aux spécificités des besoins des femmes toxicodépendantes ou fortement précarisées ?*

A cette question, les réponses sont plus tranchées. Les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux déclarent être formés à ces approches, alors que  $\frac{1}{4}$  se déclarent non formés. Certains font valoir l'expérience et c'est grâce à elle qu'ils ont pu prendre en compte cette dimension dans leurs offres. L'expérience permet d'analyser et de juger les différentes situations et donc d'apporter des réponses en fonction de la dimension genre. En quelque sorte, on se sensibilise à ces questions sur le tas. D'autres, au contraire, manquent d'outils et d'habiletés, certaines structures mentionnent aussi que par exemple certains collègues sont formés alors que d'autres ne le sont pas, on délègue en quelque sorte ces situations à ceux qui savent faire.

Les réponses fournies ici plaident en faveur de l'idée que la formation initiale et continue développe des offres de formations spécifiques aux questions du genre et que leur promotion soit faite auprès de ceux qui ne se sentent que peu ou pas formés à ces approches. L'offre existe puisque ces thématiques sont abordées dans le cadre des formations initiales en travail social et que la formation continue dans le champ des addictions développe ces contenus, en proposant différents modules de

---

<sup>20</sup> Ce rapport de recherche est à paraître.

formations sur ces thématiques particulières. Par ailleurs, une plate-forme d'échange<sup>21</sup> existe dans le domaine genre et dépendances depuis de nombreuses années et elle est ouverte à tous les professionnel-le-s. En outre, depuis quelques mois, les travailleuses sociales hors murs se retrouvent dans un groupe de travail spécifique autour de ces questions.

Pour aller un peu plus loin dans la réflexion, nous avons demandé aux répondants de mentionner quels sont, de leurs points de vue, les différents aspects indispensables à prendre en compte face aux usagères rencontrées dans le cadre de leurs pratiques. Les réponses sont bien entendu à mettre en lien avec la nature spécifique du travail entrepris par les différentes instances. Toutefois la multiplicité des réponses fournies semble tout à fait pertinente ; nous allons dans le chapitre suivant rendre compte de ces réponses.

#### **4.5 Besoins spécifiques qu'il faut prendre en compte**

A cette question la majorité des structures a répondu, seules cinq d'entre elles n'ont pas d'avis à ce propos. Plusieurs réponses pouvaient être données par une seule structure, nous en avons néanmoins tenu compte, puisque nous cherchons au travers de ces réponses à savoir ce qui est jugé comme significatif à prendre en compte et que tous les points de vue doivent pouvoir trouver leur place. Par contre, certains thèmes sont mentionnés plusieurs fois, dans ce cas de figure le chiffre entre parenthèses mentionne le nombre de fois où cette réponse est évoquée.

Pour les deux groupes des différences assez importantes sont à relever dans les réponses données, les items sont souvent identiques : par contre, ils sont plus nombreux en ce qui concerne les femmes toxicodépendantes et certains thèmes sont plus souvent mentionnés pour ce groupe en particulier.

Nous avons regroupé ces différents thèmes par catégories :

**Santé physique.** Identique pour les deux groupes avec mention spécifique VHC pour les femmes toxicodépendantes.

**Santé sexuelle.** Evoquée pour les deux groupes, avec plus de réponses mentionnant la question des abus sexuels pour les femmes toxicodépendantes (6). C'est également le cas en ce qui concerne la prostitution (10). La question de la maternité et des grossesses est également souvent évoquée.

**Santé psychique.** Mentionnée pour les deux groupes, un peu plus souvent pour les femmes dépendantes (7).

**Parentalité.** Mentionné pour les deux groupes, mais beaucoup plus souvent en ce qui concerne les femmes dépendantes (10).

**Relations avec l'entourage direct et la famille.** Mentionné uniquement pour les femmes dépendantes (5).

**Relation avec le conjoint.** Mentionnée également pour les femmes dépendantes exclusivement ; la question de la codépendance est par ailleurs évoquée par plusieurs répondants (6).

---

<sup>21</sup> Plate-forme genre du Grea, coordonnée par Relier, Valérie Dupertuis.

**Relation avec les professionnel-le-s :** Uniquement en ce qui concerne les femmes dépendantes.

**Difficultés de demander de l'aide.** Identique pour les deux groupes.

**Stigmatisation sociale et clandestinité.** Mentionné pour les deux groupes avec une prédominance en ce qui concerne les usagères dépendantes.

**Détresse.** Uniquement pour les femmes en situation de précarité.

**Rapport de séduction.** Exclusivement femmes dépendantes.

**Mensonge.** Exclusivement femmes dépendantes.

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

**Volonté de s'inscrire dans un processus de changement.** Femmes dépendantes.

**Prendre en compte les animaux.** Femmes dépendantes.

**Résilience.** Femmes dépendantes.

**Formation.** Pour les deux groupes, mais plus souvent mentionnée pour les femmes en situation de forte précarité (4).

Certaines réponses données mentionnent que ce n'est pas tellement des problématiques spécifiques dont il faut tenir compte, mais davantage de la manière dont on les considère. En effet, majoritairement les professionnel-le-s envisagent les problématiques spécifiques qui sont vues comme des écueils, des aspects particuliers à prendre en compte sur lesquels il faut pouvoir agir en termes de réparation alors que peu d'entre eux mettent en évidence la manière dont les choses peuvent être envisagées. Certains, donc, expriment en termes de handicap ou de déficit à combler alors que d'autres évoquent plus les questions de la résilience et les capacités positives propres aux femmes pour faire face à leurs réalités.

Les professionnel-le-s ont évidemment eux aussi des représentations qui sont mises en œuvre et qui déterminent la manière dont ils prennent en compte ces différentes réalités. Les non-spécialistes addictions, par exemple, évoquent la question du mensonge et de la séduction en lien avec les femmes toxicodépendantes comme si ces éléments étaient intrinsèquement liés à la question de la toxicodépendance, alors que ceci n'est jamais évoqué par les intervenants dans ce domaine.

Nous devons souligner que dans les deux cas, face aux deux populations investiguées, les difficultés rencontrées et les besoins spécifiques à prendre en compte s'additionnent très souvent donnant lieu à des situations complexes dont les conséquences sont souvent difficiles à gérer pour des intervenants des structures « spécialisées ».

D'autre part, il est à noter que certaines difficultés, par exemple psychologiques, qui sont fréquentes chez ces personnes, sont aussi facteurs de fragilisation et renforcent sans doute la précarité quelle qu'en soit l'origine.

Différents éléments sont également à prendre en compte et nous les avons relevés dans les entretiens effectués auprès des professionnel-le-s. Ils sont marqués par la place qu'occupent, dans le réseau d'aide, les structures dont ils ou elles sont issu-e-s, et leurs préoccupations ou leur sensibilité particulières sont à mettre en lien avec les missions et mandats s'y référant.

C'est ce que nous allons restituer dans la suite de ce travail, en mettant en évidence différentes thématiques envisagées par les professionnel-le-s.

### **A. Statut de séjour**

Dans les structures que nous avons interrogées, les femmes qui sont envisagées en situation de précarité sont souvent des migrantes clandestines ; celles-ci ne font pas à proprement parler partie de notre cohorte, mais néanmoins ceci nous révèle une fois de plus la difficulté de pouvoir faire des catégories homogènes. L'ensemble du Dispositif Seuil Bas, à l'exclusion des structures ambulatoires spécialisées, est également confronté à cette population. Si la problématique addiction n'est pas la plus fréquente, les femmes qui sont comprises dans cette catégorie cumulent sans aucun doute des facteurs de vulnérabilité multiples qu'il faut également pouvoir prendre en compte. Certains aspects semblent déterminants pour les professionnel-le-s rencontrés tels que le statut de séjour et en particulier son absence, il est évoqué pour ces femmes qui sont jugées comme étant dans des situations de précarité importante. Pour cette population, par contre, le fait d'avoir des enfants est envisagé comme une ressource : elles sont prêtes à se battre pour leur offrir un futur meilleur.

*« Etant donné que la Frat' travaille avec une population de migrantes, le principal facteur de précarité est le statut de séjour. Celui-ci est en effet le principal motif de consultation à la Frat. Il y a très peu de femmes toxicomanes dans leur population, bien qu'il y en ait quelques unes. Les intervenantes notent une très grande variabilité des situations en termes de difficultés/ressources en fonction de la culture d'origine et de la situation où celle-ci place traditionnellement les femmes. Il y a aussi une grande différence selon la culture d'origine en termes de réseau communautaire qui sont souvent une ressource, mais peuvent aussi être source d'exploitation (sous-location d'appartement, exploitation des nouvelles arrivées). Car les femmes se montrent souvent plus débrouillardes quand il s'agit de trouver un travail au noir. » (Note d'entretien)*

### **B. Violences conjugales**

Les victimes de violences conjugales restent souvent isolées très longtemps, n'osent pas en parler ou demander de l'aide car elles se sentent menacées. Ce sont des situations difficiles véhiculant passablement de honte et de culpabilité et qui demandent de la part des intervenant-e-s un accompagnement subtil. Il y a souvent une orientation vers Malley Prairie ou vers le Centre LAVI.

*« On a eu des femmes violentées, violences physiques ou psychiques, elles l'ont été, elles sont parfois en train de se reconstruire, parfois ça a été aussi le déclenchement de la maladie psychique. »*

### **C. Monoparentalité / histoires de vie / cumul des vulnérabilités comme facteurs de précarité**

Différents éléments contribuent à l'installation d'une précarité chronique, ils sont à mettre en lien avec les histoires de vies et les parcours particuliers dont nous avons pu prendre connaissance dans la première partie de ce travail. Le cumul des problèmes et la complexité des situations rendent les interventions difficiles.

*« Le statut de femme seule, famille monoparentale, a un lien avec la précarité. On a des histoires de vie très chamboulées chez des personnes qui fréquentent l'association donc beaucoup de familles éclatées, donc beaucoup de femmes seules avec leurs enfants. »*

*« De santé très fragile, des échecs scolaires, je crois qu'on ne sait jamais très bien s'il fallait pondérer, on n'a pas une vision objective, les personnes nous racontent. Ce qu'elles retiennent ce sont les situations de rejet (...) Nous on sent bien, disons après les ressources spécifiques, on sent bien que vous avez des manques, des difficultés objectives par exemple, des personnes, c'est pour vous parler des ressources que je vous parle de ça, des personnes qui souffrent d'illettrisme, elles ont vécu peut-être des histoires de placement difficiles, elles l'ont en mémoire, elles le portent en elles c'est sûr. Elles n'ont pas de travail, une santé fragile, un niveau de relation parfois assez restreint, le contact chez elles n'est pas forcément facile à établir simplement parce qu'il y a de la timidité. »*

### **D. Co-morbidités : problèmes d'addictions et diagnostic psychiatrique**

L'association d'un trouble psychiatrique avec une problématique d'addiction est mentionnée également par certains intervenants. Ceux-ci peuvent favoriser le décrochage et renvoyer les individus dans des situations de marginalité ou au contraire leur permettre une véritable accroche si la problématique peut être traitée.

*« C'est des personnes qui peuvent se retrouver dans la marginalité, surtout si elles ont décompensé. Concernant les « doubles diagnostics » : Je peux vous dire, sans prendre trop de risques, que je vois beaucoup le lien entre toxicomanie et troubles borderline de la personnalité. C'est vraiment quelque chose qui va un peu de pair, il y a beaucoup de personnes qui ont un trouble borderline, qui ne savent pas qu'elles ont ce diagnostic, ne savent pas que ça existe, et qui ont beaucoup d'alcool, de drogues, de sexe, qui fait aussi partie des addictions, aussi, si on peut dire comme ça. Et puis après qu'il y a un accompagnement médical, qu'il y a quelque chose qui est mis en place, il y a un pourcentage de ces personnes qui arrivent à s'accrocher et qui arrivent à gérer le trouble de la personnalité, mais la problématique dépendance, elle disparaît. »*

Et lorsque les problèmes psychique et financier s'additionnent, ces problématiques multiples prétèrent vraiment l'existence.

## E. Femmes toxicodépendantes et violences

Les femmes, dans les histoires de vie qu'elles nous livrent, nous donnent à voir que les problématiques de consommation sont souvent associées à des épisodes divers de violence et d'abus, ceux-ci sont également largement évoqués par les professionnel-le-s rencontrés.

*« ... là parfois il y a des choses dures pour elles, j'ai l'exemple comme ça, parce que ça m'a choquée, alors il y a des hommes mal léchés ici, parce qu'ils n'ont pas appris, où ils n'ont pas... voilà, ça vient de tout ça, mais, ... Et une femme, qui en l'occurrence, se prostitue, vient une fois prendre son traitement, elle a une toute petite jupe. C'est, voilà, sexy comme ça, mais, elle vient chercher son traitement. Elle passe devant la porte, un gars lui soulève la jupe. Elle s'énerve, ce qui est logique, et ça chauffe. Et le mec, il trouve ça normal ! Et je me dis, ben voilà, tu viens dans un endroit comme ça, t'es avec une connotation de dépendante, de prostituée, de tout ça, le respect, de la part des autres, est pas là. Et je me dis, est-ce qu'elle ne mériterait pas des espaces un peu pour elle, est-ce qu'elle ne nous amènerait pas autre chose, est-ce que... elle ne parlerait pas à d'autres niveaux, est-ce que... voilà, ça c'est un peu des questions que je me pose avec le temps, quand même. Je pense là il y a quelque... je ne sais pas. »*

*« J'ai une de mes clientes, il y a quelques années en arrière, qui s'est faite assassiner. Elle était toxicomane. (...) Elle était en train de remonter la pente, ça allait parfaitement, et puis un jour elle s'est fait assassiner dans son appartement, quoi, c'est très violent, c'est une histoire très violente jusqu'à la fin. »*

*« Elle me dit ouais, mais mon mari il fait pression, il dit que dès que la petite sera née et tout ça, de toute façon, il va me jeter, pis je vais me retrouver dans la rue. Parce l'appartement est à son nom et pas au mien. »*

*« C'est vrai que moi j'entends quand même des choses juste assez surprenantes, quoi, nous on n'a pas envie de s'en sortir, mais tu vois quand même l'autre m'a proposé parce qu'ils avaient juste envie de voir ce que c'était qu'une femme enceinte sous coke... enfin il y a quand même des choses aussi dans le milieu entre eux donc elles n'ont pas envie. Et puis je leur dis mais oui vous n'êtes pas tendres entre vous. »*

*« Je connais dans la zone un couple mythique, ils passent leur vie à se dénoncer, à s'entretuer et sont inséparables, les femmes ont souvent des relations de codépendance fortes, comme la relation qu'elles entretiennent aux produits »*

Des différences sont aussi envisagées en ce qui concerne la question de l'âge, les femmes plus jeunes sont, du point de vue des intervenants, plus combatives et moins soumises à la violence des hommes, elles semblent avoir plus de ressources pour faire face à celle-ci. Ce que nous ne pouvons pas véritablement mettre en lien avec notre échantillon puisque, à l'exception d'une femme, la majorité de notre groupe est dans une tranche d'âge plus élevée.

*« Alors, je dirais des jeunes femmes de 20 à 25 ans, vu que la moyenne d'âge c'est plutôt 35, 45 ans, je dirais, la majorité des usagers et des usagères du Passage. Là*

*maintenant les jeunes femmes n'ont plus ce même complexe je dirais. Elles n'ont plus je dirais... cette culpabilité. Moi je sens un changement mais c'est très subjectif, ce que je te dis, mais elles viennent sans... elles viennent, elles sont là, elles sont présentes, elles s'imposent, elles se défendent beaucoup plus aussi dans les rapports avec les hommes, c'est tu me parles pas comme ça, sinon je te fous ma main sur la gueule, enfin, je dirais qu'elles sont moins euh... ouais dans une espèce d'acceptation de rapports. Elles sont plus présentes, beaucoup plus ouais... et plus revendicatrices de leur identité. Mais elles sont peut-être moins sexuées en même temps, je ne sais pas comment dire, elles sont moins femmes, même s'il y a des problèmes de grossesse, y a un certain nombre de problématiques liées à la sexualité et à leur position de femmes, mais elles sont moins complexées, ou décomplexées. »*

## **F. Stratégie adaptative recherche de solution et logement**

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

*« Donc elles trouvent d'autres solutions, elles essaient, lorsqu'elles ont vraiment des problèmes de logement, d'autres solutions. Ou bien elles vont se mettre en couple. En essayant, ça n'est pas une histoire de sentiments, c'est une question de protection, mais autant être protégée par un seul homme quoi. »*

*« Pour certaines, elles ont un logement et puis c'est suffisamment sécuritaire et puis là, il y en a une où vraiment la question du logement est difficile parce qu'elle se retrouve habiter avec quelqu'un qui la frappe. »*

*« L'homme peut être aussi souvent un dealer, qui réclame de l'argent, et complique le suivi administratif/financier en mettant la femme sous pression. »*

*« Il y a la question de l'hébergement, aussi, (...) je remarque aussi, par rapport à ça, que c'est plus facile pour une femme de se faire héberger, aussi par un tiers, que peut-être pour les hommes. En tout cas, des femmes qu'on suit, et qui ont eu des problèmes d'expulsion, tout ça, elles arrivent quand même toujours à s'en sortir, entre guillemets, elles se débrouillent toujours pour retrouver un hébergement. Chez des proches, chez des hommes aussi puisqu'il y a cet aspect-là. On a aussi cette population assez vulnérable qui finalement, se fait recueillir par un pilier de bar, on en a quelques unes quand même qui sont hébergées chez des gars, voilà, plus ou moins recommandables, et voilà. Elles trouvent peut-être plus facilement un logement de secours en tout cas. Alors ça ne tient pas souvent très longtemps, parce que très vite ça peut déraiper, mais en même temps, il y a aussi des situations où on a été surpris, et pis voilà, c'était des solutions d'urgence et pis finalement c'est un truc qui s'est mis en place, une sorte de colocation, comme ça, qui fonctionne. »*

*« Donc, elles, d'une part elles gèrent en général mieux leur appartement, lorsqu'elles sont signataires d'un contrat de bail, je pense aussi que les gérances sont plus sensibles*



*si c'est une femme que si c'est un homme, là par opposition, ils hésiteront peut-être plus à mettre une femme toxicomane dehors qu'un homme toxicomane, donc d'une manière générale elles sont plus stables dans leur logement quand elles en ont un, elles sont quand même plus sensibles aussi à ce que leur appartement ne soit pas n'importe quoi.»*

*« Les abus qu'elles vivent dans ces situations sont provoqués par la précarité des relations qu'elles choisissent. »*

*« En général, elles ont besoin d'affection, pour ne pas se sentir seules, elles ont quelqu'un avec qui vivre c'est un rapport d'utilisation qui va dans les deux sens. »*

Même si parfois ces situations peuvent tenir la route, elles semblent néanmoins plutôt rares. Les intervenant-e-s confirment donc ce que nous avons mis en évidence dans la première partie de ce travail, à savoir que les femmes trouvent des alternatives en matière de logement mais que ceci est souvent peu satisfaisant et que la question du logement est pour cette population aujourd'hui véritablement problématique.

### **G. Estime de soi, maternité et grossesse**

Autour de la question de la maternité, cette problématique reste encore souvent et de la part des professionnel-le-s quelque chose de difficile où les représentations qui sont à l'oeuvre mettent en évidence que les professionnel-le-s confrontés à ces réalités se sentent souvent démunis. De nombreux progrès ont été effectués: la mise en place de consultations spécialisées, de Can Team<sup>22</sup> et de rencontres de réseau, et le développement d'un accompagnement concerté améliorent la situation des mères.

Corinne Chanal, dans le cadre de ses activités de sage-femme coordinatrice de « grossesse et addiction » au CHU de Montpellier, met en évidence dans une expérience pilote d'accompagnement des mères toxicodépendantes pendant leurs grossesse un recul des taux de placement des nouveau-nés de 60% à moins de 4%. « François Molénat 2009 »

*« Ceci a été rendu possible grâce la connaissance de cette population développée extra-muros et l'écoute de leurs besoins :*

- *être suivie comme toute femme enceinte;*
- *pouvoir se confier sans peur;*
- *trouver des réponses à ses questions;*
- *ne pas être jugée;*
- *garder une maîtrise des événements;*
- *avoir un enfant en bonne santé;*
- *ne pas être séparée de lui.*

---

<sup>22</sup> Can team (Child Abuse and neglect) créée en 1994 au Chuv, équipe pluridisciplinaire dirigée par le DR. Jean-Jacques Chesseaux détection des mauvais traitements et interventions précoces dans le cadre des situations à risques.

Ses constats ont permis de déterminer des objectifs prenant en compte les besoins exprimés par les mères. Ils ont permis aux professionnel-l-e-s d'élaborer des réponses prenant en compte ces derniers et permettant en particulier:

- *d'organiser l'accueil des femmes toxicomanes à la maternité de l'hôpital;*
- *de les prendre en charge comme des grossesses à risques sans faire de liaison systématique à la toxicomanie;*
- *de respecter leur réseau de professionnels;*
- *de soutenir le lien mère-enfant par une hospitalisation conjointe prolongée en maternité;*
- *de former et soutenir les équipes pour changer le regard.*

Différentes mesures permettant de développer une prise en soins adaptés aux situations particulières de ces femmes ont donc vu le jour dans le cadre du CHU de Montpellier. *Celles-ci requièrent, en particulier, de prendre en compte dans l'accompagnement l'ensemble des professionnels, de considérer les femmes enceintes avec un problème de toxicodépendance comme les autres femmes c'est-à-dire avant tout comme des futures mamans et non pas comme des toxicomanes. (Molenat, 2009) :*

- *« mettre en place un accueil personnalisé, empathique ;*
- *favoriser le développement de prise en charge autour d'un protocole médical;*
- *respecter les choix et les besoins des parents ;*
- *être transparent dans la transmission des informations*
- *soutenir la cohérence des professionnels dans une vision pluridisciplinaire ;*
- *assurer la continuité ;*
- *aider les parents et les professionnels à anticiper. »*

De nombreuses expériences en ce qui concerne la question de l'accompagnement à la parentalité ont vu le jour, signalons en particulier pour le canton de Vaud la mise en place de rencontre avec tous les partenaires concernés dans le cadre du projet *Enfants en bas âge de parents toxicodépendants, processus de connexion interinstitutionnelle*<sup>23</sup>.

Un constat s'impose toutefois et nous l'avons vu, au travers des réponses fournies par les femmes, que la question de l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes est assez mauvaise, les intervenant-e-s interrogé-e-s l'évoquent aussi.

*« Mais très souvent c'est ça, il faut voir leur parcours de vie, puis on leur a tellement dit qu'elles étaient nulles, machin ci et ça, qu'il faut déjà recommencer en disant mais eh, [c'est toi qui porte le bébé], c'est juste magnifique, t'as vu tout ce que t'as fait, regarde où tu en es.»*

---

<sup>23</sup> Recherche-action mise en place par le SPJ et Relier, Alvarez et Prats. Rapport de recherche à paraître.

Cette question est bien entendu importante, puisqu'une partie du travail à mettre en place auprès des usagères doit pouvoir prendre en compte cette dimension afin de les renforcer dans une estime positive d'elles-mêmes.

## **H. Estime de soi et prostitution**

Dans les éléments mis en évidence nous avons évoqué la prostitution. Pour les femmes rencontrées et qui évoquent cette question, nous l'avons vu, le recours à cette activité n'est jamais perçu comme une fin en soi mais comme un moyen de se procurer de l'argent pouvant financer la consommation. Elles ne revendiquent pas une identité de travailleuses du sexe, se déclarent souvent honteuses de devoir en arriver là, les intervenant-e-s confirment que cette activité laisse des traces qui renforcent la perte de l'estime de soi.

*« Mais des images de femmes parfois, le matin à 9 heures, après une nuit de rue, ça nous fait mal au cœur. Parce qu'elles sont... ouais, on voit que c'est terrible... c'est la galère... physiquement, psychiquement, elles sont détruites, alors elles ont fait ça, elles ont consommé, mais aussi, je pense... l'estime, mais aussi corporel, elles arrivent, elles ont du sang, elles ont du sperme sur elles, c'est moche quoi, c'est... elles arrivent avec tout ce désarroi, elles sont là avec ça. »*

## **I. Rupture avec leur enfant**

Parmi les femmes interrogées nous pouvions constater que la question des enfants, et en particulier de leur retrait, est une douleur et un véritable déchirement pour ces femmes qui se sentent dépossédées. Que pour certaines c'est même un facteur aggravant leurs problématiques de consommation.

L'avis des professionnel-le-s est évidemment plus nuancé. De manière générale une partie importante des femmes avec lesquelles ils-elles travaillent a perdu la garde de leur enfant, mais ceci et surtout est à mettre en lien avec le profil des femmes qu'ils accueillent dans une structure envisagée comme seuil bas. Ils relativisent cet état de fait, en disant que probablement la situation est différente pour les femmes qui sont prises en charge par les médecins généralistes car celles-ci sont sans doute dans une meilleure maîtrise et gestion de leurs consommations. Les professionnel-le-s travaillent à accompagner ces femmes afin de leur permettre d'avoir recours au service de protection de la jeunesse. Pour elles, la question des enfants peut autant être envisagée comme un problème aggravant et péjorant la situation, ou comme une ressource favorisant le changement.

Ils sont néanmoins conscients que la maternité est sans aucun doute un des facteurs expliquant le refus pour certaines femmes de fréquenter le dispositif à disposition dans la crainte d'un repérage et d'un signalement au SPJ.

*« Là moi j'en ai une elle n'a pas d'enfant, l'autre elle a retrouvé la garde de son enfant depuis 5-6 ans, une autre de mes patientes a perdu la garde de son enfant, elle l'a perdue car elle est en prison. Une autre encore qui elle aussi a perdu la garde de son enfant. Je suis encore une jeune qui n'a pas d'enfant... elle, elle n'a pas d'enfant non plus... après si je repense... à la cohorte de ma collègue... il y en a quelques-unes qui*

*sont mères au foyer, avec leur enfant, mais d'autres, aussi... c'est difficile à dire quand même, mais il y en a quand même pas mal qui n'ont plus leurs enfants, ou qui sont mères, et, qui vont les voir de temps en temps, et c'est un peu..., je pense aussi à une autre patiente qui a un grand enfant de 18 ans, mais... la garde du deuxième elle est à la famille d'accueil, l'autre aussi... et, c'est pas la majorité quand même... parce qu'ici encore à nouveau on est dans le seuil bas, on a quelques seuils hauts, mais on est quand même dans le seuil bas, je pense que si on va visiter les médecins traitants qui ont les traitements de substitutions... on pourrait trouver plein de femmes dépendantes avec leurs enfants... »*

*« Mais, des femmes souvent quand elles me racontent, ou si elles veulent pas aller dans ces structures bas seuil, très souvent c'est qu'elles ont, déjà elles en ont un petit peu peur, elles en ont peur pourquoi, en tout cas quand elles sont enceintes, c'est que si elles mettent le pied dans un truc bas seuil hein je dis... je parle un peu comme ça simplement mais euh... elles vont forcément être ensuite après pistées, et puis franchement toujours la crainte, c'est que les travailleurs sociaux est-ce qu'ils ne vont pas dire au SPJ. Est-ce que l'on ne va pas retirer l'enfant ? Ça quand même je l'entends souvent. Ces femmes qui se disent, quand je leur dis mais vous savez, vous pourriez... aller, enfin bref, euh... quand même dans votre situation s'il y a une femme qui vient, puis que je réalise qu'elle a des soucis, puis qu'il y a des soucis d'argent, puis enfin avec tout le reste, euh, des fois, il faut vraiment tout expliquer. Y a tout de suite, mais ils vont me piquer mon enfant... si on en sait trop... »*

*« On peut accompagner dans le processus de décision (...) Elle au bout du compte, c'est avec elle que j'ai appelé le SPJ, mais avec son accord, finalement. On dit toujours il y a le devoir de signaler quand il y a maltraitance, mais bien sûr, (...) mais là on a pris ensemble le téléphone pour appeler le SPJ, pour dire « au secours », elle a besoin d'aide. Là, c'était dans l'urgence, tout le monde est un petit peu incompetent dans l'urgence, mais là, elle acceptait enfin de dire : je ne peux plus m'occuper de mes filles maintenant, il faut m'aider, il faut les prendre, faut les placer. C'était vraiment énorme. »*

*« Quand elles sont SDF, quand elles ont un bébé ou des enfants, souvent les enfants sont placés. »*

*« J'accompagne une personne qui a eu un bébé, pour elle c'était un coup d'assomoir, si on veut. C'était pas une « toxicomane profil-type », elle naviguait un petit peu dans un milieu drogue, elle avait une vie entre guillemets un peu dissolue, quelques petits troubles psy, mais surtout une désinsertion sociale (...) et pour elle, le fait d'avoir ce bébé lui a permis de prendre conscience de sa vie, en général, et de vouloir choisir un autre type de vie. Et puis, elle s'applique beaucoup, elle veut maintenant récupérer son bébé. Donc elle fait tout plein d'efforts pour trouver un logement, elle collabore avec le SPJ, parce que le SPJ est bien sûr dans la course, pour faire une vie commune avec son fils. Ça a été une prise de conscience. Bon alors après il ne faut pas que les enfants deviennent les médicaments de parents, de substituts, ou de choses comme ça. Bon, ça c'est le rôle du SPJ qui doit évaluer, parce que ça c'est encore un autre problème. »*

*« Organiser la garde pour une hospitalisation, organiser la garde, même pour des rendez-vous, une heure par semaine, cela peut vite être problématique. Donc chez les femmes, je pense que cela peut être un des freins à l'engagement dans les soins, justement. Ca peut être une barrière qui existe de manière peut-être plus marquée que chez l'homme. En tout cas, cela peut la pousser à refuser, peut-être, une proposition de séjour en institution de placement, d'hospitalisation, tout ça. »*

*« Alors, ça peut être une force comme une faiblesse suivant comment elles arrivent à se positionner par rapport à leur enfant. »*

*« Je connais des femmes qui s'en sortent avec leurs enfants, mais en fait elles sont totalement seules, elles ont une vie douloureuse et vivent une grande solitude affective et relationnelle. Elles se mettent d'énormes exigences au quotidien, elles ont des espèces de TOC, elles doivent tellement se battre pour avoir un cadre de vie qui tienne le coup. Alors qu'elles ont des effets post traumatiques de leurs vies passées et qui conditionnent leur existence, elles n'arrivent pas à vivre harmonieusement s'enferment dans une tour d'ivoire avec leurs gosses.»*

Par ailleurs des questions ont été posées afin de voir dans quelle mesure les professionnel-le-s consultés pensent que ces femmes échappent à l'aide dont elles pourraient bénéficier.

#### **4.6 Les femmes échappent-elles à l'aide offerte ?**

A cette question plusieurs réponses étaient possibles : jamais, parfois, souvent, très souvent. Les réponses recueillies nous montrent que la grande majorité des professionnel-le-s (23) estiment que ces populations de femmes échappent parfois à l'aide offerte. Pour 9 d'entre eux les femmes échappent souvent à l'aide. Pour 3 d'entre eux seulement elles échappent très souvent à l'aide proposée. Une seule réponse mentionne qu'elles n'échappent jamais à l'aide. Certaines structures répondent qu'elles ne peuvent se déterminer car leur vision est trop parcellaire et que les femmes rencontrées avec ces problématiques sont trop peu nombreuses dans leur structure pour avoir une vision objective et donner une réponse satisfaisante.

Nous voulions aller plus loin encore dans cette compréhension c'est pourquoi nous avons demandé aux personnes interrogées ce qui, de leur point de vue, pouvait expliquer cet état de fait.

#### **4.7 Quelles sont les raisons expliquant pourquoi les femmes échappent parfois à l'aide proposée**

Il est intéressant ici de s'attacher à comprendre les facteurs explicatifs qui sont donnés par les répondant-e-s pour comprendre pourquoi elles échappent parfois à l'aide existante. Nous pouvons constater que les réponses fournies sont relativement homogènes : 17 réponses mentionnent que les femmes ne connaissent pas l'offre existante. Pour 21 structures les femmes n'osent pas faire appel aux services adaptés et 9 institutions mentionnent que ce non-recours est à mettre en lien avec l'inadéquation existante entre l'offre proposée et les besoins spécifiques de ces

femmes. Une des réponses fournies signale que ce sont des raisons multifactorielles et spécifiques pour chaque cas, qu'il est donc difficile de trouver une explication causale univoque satisfaisante. Une réponse met en évidence qu'il manque souvent d'un accrochage avec une personne significative dans le réseau. Les réponses obtenues ici sont aussi à mettre en lien avec ce que les femmes elles-mêmes mentionnent. Les personnes rencontrées dans l'espace public semblent toutes avoir une bonne connaissance des structures existantes, que celles-ci proviennent directement des institutions premières rencontrées qui orientent vers le réseau spécifique en fonction des problématiques particulières ou que cette connaissance soit transmise via la zone et les tuyaux échangés entre pairs. En ce qui concerne les 9 réponses fournies qui mettent en évidence l'inadéquation des réponses proposées avec les besoins spécifiques, elles semblent intéressantes ; un détail nous échappe toutefois car nous ne savons pas si ce jugement est attribué à leurs propres structures ou si c'est la vision qu'ils ont des autres institutions. Si c'est ce qu'ils pensent de leurs propres prestations, ceci devrait pouvoir faire l'objet d'un travail spécifique à l'interne des institutions afin d'adapter les modalités de la prise en soins et les rendre plus adéquates face aux besoins des usagers. L'autre situation qui peut être envisagée, mais ce ne sont que des hypothèses, pourrait mettre en évidence la question des perceptions que les professionnel-le-s ont des autres institutions. Si les grandes missions semblent être identifiées, par contre nous pouvons imaginer qu'il manque peut-être une perception fine et plus élaborée de la concrétude du travail effectué.

*« Avec peut-être un rapport plus fonctionnel à la structure que les hommes. Qui eux vont passer beaucoup plus de temps à jouer aux cartes, boire, enfin boire un café, ou simplement attendre que le temps passe, ou... voilà, ils sont moins demandeurs de prestations, ils consomment moins de prestations que les femmes. Donc les femmes sont plus actives là-dessus, c'est peut-être aussi une manière de pouvoir rentrer. Eventuellement. De demander des choses beaucoup plus claires, j'ai un téléphone à faire, j'ai un courrier à faire, j'ai... ou il faut que je me change, voilà. C'est peut-être une autre manière de rentrer en lien et en relation. »*

*« Moi j'ai l'impression qu'elles sont quand même plus fortes dans le sens où elles se débrouillent d'une manière mieux parce que des fois elles échappent justement à tous ces... elles échappent aussi à tout ce qui est travail social parce qu'elles veulent s'en sortir par elles-mêmes et en même temps elles sont parfois plus affaiblies parce qu'elles ont vraiment puisé dans leurs propres ressources pour s'en sortir donc c'est variable c'est pas forcément, il n'y a pas, je pense une image, comme ça, que l'on peut coller sur toutes les femmes. »*

*« Mais donc cette indépendance ça serait plutôt une aide ... Sauf quand c'est trop difficile, et puis qu'elles sont arrivées trop en bout de course. »*

Par contre, ce qui est aussi mentionné fréquemment par les professionnels c'est que les femmes qui arrivent dans le réseau sont souvent « au bout du rouleau », c'est-à-dire que lorsqu'elles sollicitent de l'aide auprès des structures bas seuil non médicalisées, elles sont décrites par les intervenant-e-s comme étant dans des situations sociales et sanitaires préoccupantes, ce qui semble moins être le cas chez les hommes fréquentant ces mêmes structures.

*« L'impression qu'on a cette dernière année, peut-être ces derniers mois, c'est que, on a de plus en plus de jeunes femmes, qui arrivent. Je dis ça puis quoique la semaine passée on avait une femme de passé cinquante ans, qu'on avait pour la première fois aussi, dans un état assez délabré aussi. Mais sur l'ensemble, je pense que, les jeunes femmes consultent, mais, déjà dans un état de dépendance fort avancé et avec des gros problèmes psychosociaux. »*

Dans la suite de ce questionnement, nous nous sommes demandé ce que les professionnel-le-s pouvaient imaginer comme type d'aide répondant le mieux aux besoins spécifiques des femmes. Une fois encore, les réponses sont multiples et les mettre en évidence semblait essentiel.

#### **4.8 Quel type d'aide répondrait-il le mieux aux besoins spécifiques des femmes ?**

Nous avons catégorisé les différentes réponses sous plusieurs items.

##### ***Des structures exclusivement pour les femmes***

- Endroits spécifiques réservés aux femmes exclusivement. Que ce soit une structure focalisée sur une problématique particulière.
- Une réponse va dans le même sens mais propose que celle-ci soit axée « multi-problèmes ».
- Des structures à bas-seuil accompagnement mères enfants. (Il est vrai que depuis sa réorientation, la Pichollette, qui accueillait des parents avec leurs enfants, ne le fait plus. Il n'existe plus aujourd'hui de structure spécialisée addictions prenant en charge les mères et leurs enfants.)

##### ***Personnalisation de l'aide offerte***

- Le souhait de pouvoir mettre en place des aides plus personnalisées et individualisées.
- Certain-e-s évoquent que les femmes rencontrent déjà des réseaux d'aide, et que ceux-ci sont adéquats en tout cas en termes de prestations offertes. Que c'est donc plus sur la compréhension de ces situations que l'on doit améliorer l'intervention en abordant la question des représentations qui sont en œuvre chez les professionnel-le-s.
- Garder le contact même si elles ne sont pas présentes.
- Personnel d'accompagnement féminin.
- Personnel suffisamment formé dans une perspective genrée/ sexo-spécifique.
- Coordination et vision commune des professionnel-le-s et des structures qui s'occupent de cette population.

##### ***Hébergement et logement***

- Hébergement jour et nuit en urgence, pour se poser, se protéger afin de pouvoir refaire un bout projet de vie.
- Des structures d'accueil diurne et nocturne plus spécifiques (enfant et soins).
- Foyer d'accueil temporaire avec des ateliers spécifiques pour l'apprentissage des gestes quotidiens.

### **Accompagnement social**

- Améliorer l'accompagnement social en particulier en ce qui concerne la question de l'endettement.
- Bilan socio-administratif qui devrait se faire dans les milieux spécialisés. La mise en place d'un coaching.
- Le développement d'un case-management qui suit la situation sur du long terme.
- Pouvoir faire preuve de souplesse et de créativité.
- La mise en place d'une consultation itinérante.

### **Soutien affectif**

- Pour toutes celles pour qui rien n'a fonctionné, qui sont trop vieille pour envisager un résidentiel, qui veulent conserver leur indépendance même si cela signifie qu'elles vont en mourir, il faut un soutien autre que médico-social-éducatif. Il faut pouvoir les accompagner dans l'affection, dans un temps d'écoute et de consolation.
- Pour certain-e-s intervenant-e-s le principal de leur travail consiste à valoriser les ressources déjà existantes, qui sont jugées comme suffisantes. Ils, elles mettent en évidence qu'il faut en quelque sorte reticoter le maillage du lien social. Et faire prendre conscience aux usagères qu'elles ne sont pas dans un désert relationnel, mais qu'elles peuvent trouver des ressources positives, c'est en particulier ce que proposent les TSHM, travailleurs hors murs du Rel'aids au travers de l'outil d'intervention sociale Stimulo<sup>24</sup>.

*« Je pense qu'elles en ont des liens sociaux qu'elles peuvent avoir avec leur famille, avec leur entourage. Ou bien un voisin, quelqu'un qui ne va pas apparaître comme ça, quand tu vas les interroger sur le réseau aidant. Mais je pense que ça vaudrait la peine, c'est cette idée de Stimulo. C'est aller questionner ces acteurs qui sont des relations de soutien. Dont on ne prend pas du tout en compte et jamais en compte, mais qui sont des ressources positives pour les individus. »*

## **4.9 Lien social**

La question du lien social est évoquée par plusieurs professionnel-le-s ; dans ce contexte particulier il semble tout à fait pertinent de s'y intéresser. Hervé Blanchard donne une définition du lien social qui est selon lui « un mode de régulation ou un régulateur des comportements individuels et des rapports entre les individus, mais aussi un régulateur des formes sociales. »<sup>25</sup> (Blanchard 1997) « Régulation qui s'inscrit dans quatre dimensions : **affective**, aide par l'amour, l'écoute et la reconnaissance émotive ; **cognitive**, aide par l'information, le soutien et la maîtrise intellectuelle des situations ; **matérielle**, aide par l'accès aux ressources, la modification favorable de

---

<sup>24</sup> Ce jeu permet à la personne de faire un état des lieux de sa situation relationnelle et d'examiner le réseau qui lui est propre, dans le but de favoriser ses ressources personnelles.

<sup>25</sup> Blanchard H., (1997) Pour une approche du lien social en termes de régulation, p. 5 in Pavageau, J., Gilbert Y. et Predrazzini Y. (dir) (1997). Le lien social et l'inachèvement de la modernité : expériences d'Amérique et d'Europe. Paris : L'Harmattan



l'environnement ; **normative**, par la validation de son rôle social, la suggestion des comportements adéquats par rapport aux normes sociales. »<sup>26</sup> (Papart 1999). Dans notre société la question du lien social se construit, selon Gabriela Valera, surtout au travers de l'évaluation de l'accès au marché du travail et la capacité d'échange au niveau commercial (ce qui inclut l'accès à des logements adéquats), l'accès au système de soins, à l'insertion culturelle et aux capacités adaptatives face aux normes sociales. De tous ces facteurs, celui qui est le plus déterminant est le travail qui, comme indicateur d'autonomie facilite le plus la création d'un lien social positif entre les différents membres à condition que celui-ci assure un bon niveau de santé physique et mental à la population. Elle postule que pour établir d'une manière claire la relation entre lien social et sociabilité, il est impératif « de partir d'une conception holistique de l'être humain considéré comme une unité bio-psycho-sociale avec ses orientations métaphysiques et sociales ». « Sur le plan métaphysique, la personne est inscrite dans la recherche de sens donné à sa vie, dans la conquête de l'autonomie et de la liberté<sup>27</sup> » (Parquet 1998). Au niveau social, l'individu se trouve continuellement dans une quête de relation aux autres, désignée sous le terme de sociabilité. Toujours selon Gabriela Valera, « cette dimension constitutive de l'humain se voit gravement altérée lorsque les différents liens qui nous servent de support social s'affaiblissent, laissant la place à l'installation du stigmate – en l'occurrence la pratique de l'usage de drogues lié à des situations de précarité extrêmes-. Ainsi la sociabilité devient, plus qu'un processus naturel, le besoin impératif de rentrer dans une dynamique qui complète le sens de l'existence. » C'est bien le sens qui nous est donné au travers des actions menées par l'association ATD quart monde.

*« ... Certaines ont vraiment changé, ont compensé des manques objectifs, ont amélioré tout un ensemble de choses dans leur statut et pour d'autres personnes c'est plus la relation subjective qu'elles ont à leur histoire de vie et aux autres, ça veut dire la notion de rejet, ou le sentiment de rejet, c'est-à-dire le rejet évident ou le sentiment qu'elles peuvent en avoir. Tous ces éléments-là c'est un peu comme une deuxième souffrance pour ces gens et il y a un énorme travail de reprise de confiance, le fait de se sentir effectivement en lien avec d'autres personnes.*

*Une des ressources aussi c'est de sortir de l'isolement, ce sentiment d'appartenance. Ça je crois qu'il est évident. Et ils disent « le quart-monde c'est une grande famille ». A l'origine le terme quart-monde avait été proposé comme une alternative à des termes péjoratifs comme famille à problèmes etc. par l'initiateur. Quart-monde chez nos membres, certains ont participé à des moments de mobilisation à Paris ou... toutes ces personnes, il y avait un discours donc elles ont senti que quart-monde c'était aussi un mouvement des valeurs, une lutte partagée. Donc il y a tous ces aspects un peu solidaires qui vont au-delà même d'une association. Pour d'autres personnes qui ont moins connu ces moments-là et pour elles quart-monde c'est une association où il se passe de belles choses. Il y a un aspect identitaire. Maintenant je crois que finalement*

---

<sup>26</sup> Papart, J.P et autres (1999). La santé : une question d'égalité. Evidences scientifiques et impératif de société. Revue Santé Publique, N° 2247 cité par Valera G., (2003) Pratiques et discours autour d'un espace « bas-seuil ». Analyse de la participation des usagers de drogues dans la construction de la réduction des risques. Mémoire de D.E.A Université de Paris VIII- Saint Denis.

<sup>27</sup> Parquet P.J., (1998). Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, Usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES, p. 11, cité par Valera G., Ibid.

*symboliquement et objectivement pour des personnes, on pourrait dire socialement relativement isolées, qui ont moins de ressources que d'autres, moins de ressources... ouais... , une part de leur vie sociale ponctuée de vie associative, elles y vivent vraiment des moments ressourçants et puis elles gagnent aussi en ressources parce que vous savez que dans les liens sur la durée c'est intéressant, un lien se crée, elles savent que tout le temps elles peuvent appeler et c'est tellement basé sur la confiance qu'elles ne vont pas craindre, comme d'appeler un service social où il y a toujours d'autres éléments de contrôle qui seront liés à une prestation alors elles vont pouvoir appeler à l'aide et elles savent que d'une manière ou d'une autre il y aura une réponse. Pas forcément une solution, mais une réponse. Donc elles sont riches au moins de ce lien. C'est ça qu'elles ont acquis en fait. »*

D'autres propositions sont envisagées par les professionnel-les pour permettre le tissage de ces liens de sociabilité.

*« L'histoire de femmes, elles ont envie de se parler entre femmes, avec des femmes. Une histoire vraiment de femmes. Parce que parler de sexualité, parler de grossesse, de désir, de violence, d'abus, de ce qu'elles ont vécu, parce que c'est... moi c'est de quoi elles me causent tout le temps. Et parce que c'est difficile de le faire, déjà c'est difficile de le faire en face d'une professionnelle qui côtoie ça tout le temps, alors imaginez, quand il faut le faire en groupe, entre plusieurs nanas, peut-être que ce serait assez sympa si c'était beaucoup plus intimiste. »*

Des expériences ont été menées dans le cadre du Passage, autour de la mise en place d'un espace de parole exclusivement réservé aux femmes. Pour des raisons difficiles à apprécier, celui-ci n'a pas fonctionné comme l'auraient souhaité les intervenants, cette prestation n'existe plus. Par contre, d'autres espaces de parole sont mis en place dans certaines institutions résidentielles qui semblent pour le moment plutôt fonctionner à la satisfaction des intervenant-e-s. Il s'agit donc aujourd'hui peut-être de réfléchir à la mise en place de groupes de parole spécifiques, mais hors des structures identifiées toxicodépendances.

## Chapitre 5 : Des ressources

Les intervenant-e-s qui sont proches de ces populations ont plus tendance que les autres professionnel-le-s à mettre en évidence les ressources de ces femmes. Même ce qui peut être envisagé par certains comme des écueils, est interprété comme des éléments qui peuvent être, au gré des situations particulières, envisagés de manière positive.

*« Ouais, ce sont ces moments, je pense, qui marquent comme ça, mais ou des femmes sont capables de prendre, quand on les regarde, on les respecte. Mais malgré les grandes difficultés, elles sont capables de prendre des décisions. Ça, chapeau. Enfin, moi vraiment je trouve que c'est énorme, comme capacités. Et on n'attend, par rapport à la population générale, des mères, des femmes, on n'en attend pas autant. Elles ont de meilleures ressources. Elles ont surtout celles de devoir reproduire l'image du funambule qu'utilisait Vincent Artison pour le travailleur social hors murs. Pour moi c'est d'abord celui des femmes (...) qui sont en permanence / mais ça c'est parfait, tu vois. Là, (...) elles doivent marcher là, entre la marge, la norme, la marge, l'extra marge, toutes ces frontières opaques. Elles marchent là en permanence pour tenir. Tu vois une mère qui a son fils à l'école, vite chercher un médecin à la Riponne, repasser trouver un logement, vite voir l'assistant social qui lui dit d'aller voir son psy parce que si non il faut croire qu'elle ne va pas bien. Enfin, le funambule c'est elles. Elles ont un talent incroyable. Ouais, et puis ça peut aussi être un reflet de ses compétences justement, parce qu'elle utilise, elle sait ce qu'il y a, et puis elle y va pour des raisons précises parce qu'elle sait qu'elle peut (...) utiliser certaines ressources pour ce qu'elle a besoin. Mais ce n'est pas forcément que du coup elles ont besoin de passer tout leur temps là, je pense, mais c'est aussi qu'elles savent ce qu'il y a et puis elles peuvent. Elles y vont à un moment précis pour quelque chose de précis, parce qu'elles savent que c'est là et ça peut être quelque chose qu'elles peuvent utiliser. Et ça, je pense que c'est plutôt une compétence. Ça veut dire plutôt une vision sur "qu'est-ce qu'il y a, et qu'est-ce que je peux faire avec?", en fait, (..) qui peut être très positif aussi. »*

*Et puis en même temps, je suis en train de réfléchir à aussi un certain nombre de femmes, c'est vrai maintenant que j'y pense, qui même avec des mandats ne vont plus, (...) et puis acceptent : "Moi je n'ai plus d'argent, mais je n'y vais plus parce que je ne peux plus supporter ça". Il y a un côté qui est très sain, c'est une limite en fait. C'est aussi une manière de poser une limite et puis de dire : "Mais il y a des choses que je ne veux pas voir ou que je ne veux pas accepter, ou je ne suis pas d'accord en fait". Donc ça ne veut pas dire qu'il faut que ça reste comme ça, mais c'est plutôt comment travailler autour de ça aussi, parce que du coup ça implique aussi qu'elles ont justement cette compétence de pouvoir dire : "Mais il y a des choses qui ne sont pas bonnes pour moi. Quitte même à ce que je doive me débrouiller, sans aller chercher mes thunes et tout, mais ce n'est pas bon pour moi, et je le sais". Et du coup c'est ouais, comment prendre en compte ça et travailler avec ça, parce que ça peut être une compétence aussi, je trouve. Chapeau, moi je leur tire mon chapeau tous les jours, parce que franchement, d'être comme ça, de devoir être héroïques comme ça. Je me dis que si je devais moi aller toutes les semaines au SPJ, à la guidance parentale, chez l'avocat, au toubib, à l'autre truc pour montrer que mes urines sont claires, à l'autre*

*centre pour dire que tout va bien, eh bien je peux te dire que moi je pense que je serais en burn-out depuis longtemps. Il y en a qui parlent de burn-out d'ailleurs. Trop de pression, trop d'exigence. "Je suis proche du burn-out", c'est une phrase que j'ai entendue. (...) Alors qu'on pense qu'ils ne foutent rien, qu'ils glandent, qu'ils occupent cette place et ne foutent rien, parmi ces quarante mille passants qui courent d'un coin à l'autre (rires).*

*Leurs ressources sont souvent liées à leurs motivations. Les enfants sont une force « je le fais pour mes enfants ». La peur de devoir rentrer au pays, notamment si leur situation de femme là-bas risque d'être bien plus difficile qu'ici (évidemment différente en fonction de la culture d'origine) leur donne souvent la force de jouer le tout pour le tout.*

*« Voilà, je ne sais pas, elles, il y a quand même une espèce d'autoprotection de ne pas se mettre quand même dans des états de défonce. »*

Différentes remarques sont faites afin de mettre en évidence que ce qui est attendu souvent par les professionnel-le-s hors du réseau bas seuil est très exigeant, que ces femmes doivent deux fois plus que les autres faire leurs preuves, que cette exigence qui est attendue d'elles peut parfois les mettre, de fait, dans des situations d'échec et que d'échec en échec on les place dans des situations dont il devient difficile de s'extraire.

## **5.1 De l'aide inconditionnelle**

Les femmes, nous l'avons vu, sont souvent dans la demande d'une aide inconditionnelle et personnalisée. C'est aussi le point de vue de certain-e-s intervenant-e-s qui sont dans une posture aidante dans la proximité relationnelle et un soutien inconditionnel. Ils revendiquent cette proximité et cet engagement auprès de la personne dans un accompagnement quotidien.

Ils se définissent comme étant dans une démarche d'aide à la survie permanente, et ont abandonné, en ce qui concerne certains de leurs usagers, l'idée d'une réinsertion dans la normalité.

*« Pour certains le modèle de la réussite est impossible, il faut trouver autre chose, je dois continuer à croire que ce sont les toutes petites réussites du quotidien qui sont essentielles, même si elles restent dans un immense échec. »*

L'une de ces intervenantes nous livre la parole de l'une des femmes qu'elle accompagne et qui un jour lui a dit :

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

Cette intervenante nous déclare pour certains et pour les tuteurs en particulier :

*« Je dérange, je suis trop présente dans la vie de la personne, je suis le grain de sable dans le rouage, mon rôle c'est celui d'aider à faire vivre la partie libre de la personne, même en prison on ne peut tout lui prendre, il lui reste une partie d'elle-même qui ne peut pas lui être prise et c'est ce que j'accompagne. »*

## Chapitre 6 : Synthèse des ateliers de la journée du 11 novembre 2010

Les différents éléments qui figurent dans ce travail ont été présentés dans le cadre de la journée organisée par la commission toxicomanie de Lausanne Région et Rel'ier le 11 novembre 2010.

Lors de cette rencontre plus de 120 professionnel-le-s et politiques se sont retrouvés.

Quatre ateliers traitant des thématiques mises en évidence dans le cadre de cette recherche ont permis l'échange et la confrontation des points de vue entre professionnel-le-s et politiques. La suite de ce document va permettre de relater les conclusions relatives au travail effectué dans le cadre de ces ateliers.

L'une des problématiques particulières mise en évidence est la question de **la reproduction de situations familiales**, certaines des femmes rencontrées étant elles-mêmes issues de familles ayant déjà des problèmes en lien avec la consommation de produits psychotropes. Certaines autres ont elles-mêmes des enfants ayant également un parcours de vie s'inscrivant dans la dépendance.

Ce constat interroge les professionnel-le-s sur la reproduction de ces histoires familiales et les moyens d'y mettre un terme; c'est ce qui a été examiné dans l'atelier s'intéressant à **l'intervention précoce**.

Un autre aspect déterminant est celui de **l'insertion scolaire et professionnelle**. Effectivement les trajectoires de vie sont souvent marquées par la difficulté pour ces femmes de terminer un cursus scolaire et une formation professionnelle qualifiante. Le recours aux produits psychotropes et les épisodes de perte de maîtrise de la consommation ont également un effet délétère sur les possibilités de conserver un emploi sur le long terme. C'est ce qui a fait l'objet du second atelier.

Un des éléments problématique en lien avec la consommation de produits psychotropes est la question du **logement**. Effectivement, certaines usagères ont parfois de la peine à conserver un logement sur le long terme; cette question a fait l'objet du troisième atelier.

Le quatrième atelier, quant à lui, a traité de la thématique de **la parentalité**. Dans cette recherche les femmes sont elles-mêmes partagées sur le fait de pouvoir conjuguer prise de substances et maternité. Ce qui est certain, c'est que ces situations sont aussi difficiles pour les professionnel-le-s qui adoptent parfois inconsciemment des attitudes contre-productives et empreintes de jugement négatif à l'encontre de ces mères, qui sont trop souvent stigmatisées comme toxicomanes avant d'être perçues avant tout comme des mères.

Ci dessous sont présentées les synthèses des différents ateliers.

## 6.1 Atelier 1: Prévention précoce, échec scolaire, trajectoire de vie

Nous assistons aujourd'hui au développement d'une certaine conscience permettant de mettre en évidence qu'il vaut mieux penser l'intervention de façon anticipée avant que les situations ne se péjorent. Dans ce cadre, l'Office Fédéral de la Santé Publique met en oeuvre différents programmes de prévention ciblée et il a confié au GREA un mandat pour élaborer une brochure mettant en évidence les pratiques de terrain. La réalisation de ce document contribue également à mettre en place une réflexion sur l'intervention précoce et ses limites. Il s'agit de sortir de la stigmatisation et de l'exclusion pour favoriser des interventions pluridisciplinaires concertées et non excluantes.

Les débats dans cet atelier ont permis de mettre en évidence qu'il est indispensable aujourd'hui de reconnaître que l'intervention précoce a un effet bénéfique et que les mesures anticipées ont une incidence importante, en particulier d'un point de vue financier. Il faut que les politiciens prennent conscience que l'investissement, certes, peut sembler important, mais qu'il est nettement inférieur à ce que coûte sur du long terme la prise en charge. Il faut donc pouvoir se doter de véritables moyens qui permettent d'intervenir efficacement. Une intervention précoce doit prendre en compte la question de la promotion de la santé et avoir la conviction que l'amélioration de la santé des gens passe davantage par la modification de leur mode de vie, ou de leur environnement physique et social, plutôt que par des investissements financiers dans le système de prestations de soins. L'intervention précoce tente de venir en aide aux personnes qui en ont besoin et, dans ce sens, elle ne peut pas être envisagée comme un contrôle social. Il faut donc avoir un intérêt pour les situations sociales et personnelles difficiles, c'est donc le contraire d'un processus d'exclusion. Elle n'a de sens que s'il existe une offre à proposer aux jeunes vivant une situation difficile. Elle a pour objectif de renforcer les compétences sociales et individuelles en gérant les problèmes à l'intérieur de la communauté. Elle cherche également à valoriser les compétences des adultes. Il s'agit aussi de se doter des outils permettant de faire une évaluation objective de la situation, celle-ci permettant de confirmer ou d'infirmer une situation de vulnérabilité, puis de déterminer avec le jeune la mise en place d'un projet qui corresponde à ses besoins. Il faut donc pouvoir répondre aux jeunes et à leur entourage par un accompagnement qui permette leur responsabilisation et la valorisation des compétences des adultes qui les entourent. Pour que cela se mette en place, il faut aussi que la société puisse envisager le rapport aux jeunes de façon différente, en particulier en sortant de la stigmatisation de cette catégorie de la population.

Il s'agit donc de considérer la situation de vulnérabilité comme étant multidimensionnelle et dynamique, ce qui pose la question du repérage et des risques de dérives que cela peut impliquer.

Qui détermine ce qui doit être pris en compte et à qui appartient cette « mission » ?

Qui sont les adultes de référence autour des jeunes ?

A qui incombe ce travail ?

Est-ce le travail de l'école ?

Dans le cadre scolaire, il semble important de pouvoir sensibiliser les enseignants et leur donner les moyens de mettre en place des interventions qui permettent une orientation adéquate du jeune en difficulté.

Pour que ceci puisse se faire, il faut avoir une connaissance du réseau de prise en charge. L'intervention précoce doit aussi pouvoir prendre en compte la question du respect des cultures d'origine et, dans ce sens, il semble que peu de choses soient faites.

Il est nécessaire de pouvoir travailler sur des modèles communs, c'est un véritable projet de société. Le modèle de l'intervention précoce est un modèle transversal qui s'applique à toutes les problématiques et pas uniquement à la consommation de substances.

Il faut aussi pouvoir l'étendre à des thématiques transversales telles que genre et migration; nous devons adapter nos réponses en prenant en compte ces aspects spécifiques. Il est important également, dans la mise en place de cette réflexion, de ne pas disqualifier les compétences parentales qu'il faut soutenir et valoriser dans leur rôle éducatif.

Les familles doivent être associées au travail, il faut pouvoir communiquer avec celles-ci dans le langage qu'elles comprennent, les professionnel-le-s que nous sommes devons adapter notre langage afin qu'il puisse être compris par les familles.

Il faut que l'ensemble des professionnel-le-s puisse être partie prenante. Trop souvent les espaces sont clivés, il faut se donner les moyens de construire des interventions communes et utiliser à bon escient l'ensemble des ressources disponibles. Les Travailleurs sociaux hors murs (TSHM) sont souvent le dernier maillon de la chaîne et ils sont souvent ignorés des autres professionnel-le-s alors qu'ils sont des ressources importantes et qu'ils sont dans la proximité des jeunes.

Il semble réellement que de nombreuses structures soient déjà en place, il est inutile d'en rajouter d'autres, par contre nous devons penser à améliorer l'articulation et la connaissance de ce qui existe.

Il faut savoir ce qui peut être utile et aidant pour faire face aux situations difficiles. Les professionnel-le-s sont une ressource importante, mais les groupes de parole également. Ce qui est efficace, c'est de pouvoir mettre en oeuvre une palette de mesures différenciées et c'est ce que propose le modèle de la politique drogue dans notre pays.

## **6.2 Atelier 2: L'insertion socio-professionnelle**

De façon générale, dans notre société, nos appartenances sont fortement marquées par notre participation au monde du travail, toute notre organisation sociale tourne autour de cette insertion. La définition que nous donnons de nous-mêmes est largement inscrite par notre profession. Le travail rythme notre existence et participe à lui donner un sens. Ne pas s'inscrire dans cette réalité soumet les individus à des

problèmes multiples, au delà de la symbolique de ne pas un être reconnu comme acteurs à part entière dans la collectivité. Les exclus du monde du travail sont également marqués par un déficit d'estime de soi, un sentiment d'inutilité et de non-reconnaissance. L'augmentation de l'exigence d'excellence et de performance laisse au bord de la route ceux qui sont les moins armés pour faire face à ces injonctions.

Les femmes interrogées dans cette enquête mettent en évidence que la rupture scolaire et une formation peu qualifiante sont de véritables écueils à cette insertion. De nombreuses structures sont aujourd'hui mises en place pour permettre de réguler ces situations: Opti<sup>28</sup>, Semestre de Motivation<sup>29</sup>, UTT<sup>30</sup>, coordonnés dans les cadres des mesures de Transition 1<sup>31</sup>, qui sont autant de réponses mises en place et qu'il faut impérativement soutenir.

La structure scolaire vaudoise qui offre trois niveaux de formation est également un véritable problème en particulier pour ceux qui sortent de formation VSO. Il devient aujourd'hui difficile de trouver un apprentissage, les patrons qui forment ayant tendance à engager des élèves sortant de VSG et VSB.

Beaucoup de stéréotypes sont encore présents, les débouchés sont plus restreints pour les filles qui accèdent plus facilement à de petits jobs nécessitant peu de qualifications professionnelles.

De nouveaux niveaux de formation et de nouveaux métiers du type ASC, AFP ont vu le jour ces dernières années et ceux-ci devraient permettre l'insertion professionnelle d'un certain nombre de personnes n'ayant pas la possibilité de se former dans des cursus longs.

---

<sup>28</sup> La transition entre l'école obligatoire et la vie professionnelle n'est pas toujours facile. Aujourd'hui en Suisse, environ un quart des jeunes ont besoin d'une année supplémentaire pour trouver leur voie. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'OPTI qui accueille chaque année quelque mille élèves, âgés de 15 à 18 ans, sur 9 sites. Lors de leur inscription dans le courant de la dernière année scolaire, les candidats ont le choix entre 8 domaines ou secteurs professionnels en fonction de leur projet. Un neuvième secteur appelé Secteur Appui en orientation et Soutien scolaire (SAS) offre un suivi intensif en orientation aux jeunes qui n'ont pas de projet. Enfin un secteur « ACCUEIL » prend en charge des élèves non francophones âgés de 15 à 20 ans arrivés récemment en Suisse. In site OPTI le 16.03.2011.

<sup>29</sup> **Les Semestres de motivation** sont des programmes pour des adolescents et jeunes adultes qui, au terme de leur scolarité obligatoire, sont sans solution professionnelle ou en rupture d'apprentissage. Ils soutiennent les participants dans leur intégration au monde du travail. **Les Semestres de motivation** sont définis par les règles et conditions cadres du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), financés par l'assurance-chômage (AC) et organisés par les offices de travail cantonaux. In site Semo, le 16.03.2011.

<sup>30</sup> **UTT** est un service gratuit qui s'adresse à tous les jeunes (filles et garçons) de 15 à 21 ans qui ont besoin d'appui pour la mise en place de leur projet professionnel. Cette unité favorise l'insertion ou la réinsertion professionnelle des jeunes au travers d'un projet de formation ou de travail. Un accompagnement individualisé est proposé à chaque jeune.

<sup>31</sup> **Mesures de transition 1**, Un certain nombre de jeunes terminent l'école sans solution de formation. D'autres sont en rupture d'apprentissage ou en échec au gymnase. Afin de les aider à élaborer ou à concrétiser un projet de formation, les pouvoirs publics ont créé une série de mesures visant à favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle et à anticiper les ruptures de formation. Mises en œuvre par des organismes publics ou privés, ces mesures durent de quelques semaines à un an maximum.



Il est nécessaire de travailler au-delà de la question même de la formation en tant que telle et de prendre en compte de façon globale la situation en offrant un suivi « thérapeutique » permettant d'aborder les questions de vulnérabilité et d'estime de soi. Dans le cadre de l'UTT, un nouveau programme « reprendre son souffle » permet cette approche complète qui participe au fait de pouvoir aborder de façon globale l'ensemble des questions et de reconstruire la confiance en soi.

Il faut pouvoir anticiper les problèmes et offrir un soutien psychosocial précoce qui prenne en compte l'ensemble des difficultés rencontrées par les jeunes et leurs familles, considérer aussi les cultures familiales qui parfois poussent les garçons vers la formation et qui ont encore aujourd'hui tendance à considérer que celle-ci est moins nécessaire pour les filles qui trouveront des jobs permettant d'assurer un revenu, sans passer forcément par une réelle formation qualifiante.

Pour les femmes plus âgées, il faut aussi pouvoir mesurer que le fait d'avoir des enfants peut être un écueil, si l'on ne résout pas les problèmes de garde. Des structures comme CORREF sont conscientes et sensibles à ces questions.

De façon générale, il faut promouvoir l'ensemble des métiers pour les deux sexes et combattre les stéréotypes et favoriser l'accès des filles aux professions qui sont encore des bastions masculins.

Si la question de l'emploi est un problème majeur aujourd'hui pour l'ensemble de la population, elle l'est d'autant plus pour les personnes qui vivent des situations de marginalité liées à des problèmes de consommation de substances. Parfois trouver un projet professionnel contribue à s'en sortir et parfois au contraire la difficulté de ne pas y arriver contribue à la consommation. Un travail sur l'estime de soi est essentiel pour se reconstruire. Il faut redonner envie pour pouvoir reprendre espoir et pour se reconstruire.

Ce projet peut parfaitement passer par des activités créatrices et occupationnelles qui vont donner un rythme, un sens et resocialiser de façon structurante les personnes qui en bénéficient.

### **6.3 Atelier 3: Le logement**

Les structures d'hébergement d'urgence et d'accueil nocturne sont littéralement prises d'assaut et ne suffisent plus pour répondre à la demande et la question du logement d'urgence est chroniquement sous-évaluée. Elles sont confrontées non seulement à l'augmentation de la demande, mais également à la difficulté de devoir gérer des populations différentes qui rendent souvent la cohabitation difficile.

La situation du logement est aujourd'hui très tendue dans l'ensemble du bassin lémanique, le taux de vacance de logements dans la ville de Renens, par exemple, est à 0,1%. Il s'agit donc bien d'une situation de crise qui rend difficile l'accès au logement de façon générale. Si elle l'est pour le citoyen lambda, elle est d'autant plus problématique pour les personnes en situation de précarité. Par ailleurs, les loyers sont souvent prohibitifs. Indépendamment de la conjoncture, les personnes avec une

problématique d'addiction ont souvent de la peine à garder un logement sur du long terme.

D'autre part, le problème des finances rend aussi difficile le développement de parc immobilier subventionné, et de nombreuses communes n'en n'ont d'ailleurs pas. Certaines communes, en lien avec des problèmes financiers qu'elles rencontrent, ont abandonné l'aide au logement. Un effort politique est donc nécessaire aujourd'hui pour mettre à disposition des logements subventionnés.

Les communes de l'Ouest lausannois travaillent aussi sur le logement d'urgence. Il s'agit avant tout de se donner les moyens de prévenir les expulsions, de gérer les logements d'urgence et de mettre à disposition des logements de transition. Ces démarches devraient pouvoir se faire de façon coordonnée avec l'ensemble des communes de l'Ouest. Il faut aussi pouvoir travailler avec les CSR pour prévenir tant que faire se peut les expulsions.

Des projets pilotes ont été développés dans la commune de Lausanne. Il s'agissait du projet ALAMO de la Fondation du Relais. Celui-ci consistait à mettre en place une offre de logement de transition et d'accompagner les usagers afin de leur permettre de développer les habilités nécessaires pour conserver un logement, au travers d'un contrat de six mois, renouvelable une fois. Malheureusement le manque de logement vacant a eu comme incidence que la transition était impossible et donc ce qui était mis en place de façon provisoire a pris un caractère définitif.

Il faut aussi pouvoir prendre en compte que nous sommes confrontés à une population particulièrement difficile qui est non seulement composée de consommateurs de produits psychotropes, mais également souvent de personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs.

Il faut peut-être aujourd'hui chercher de nouvelles solutions comme des appartements de type communautaire. La Fondation le Relais a ouvert un appartement communautaire qui accueille trois jeunes en grande difficulté. L'accompagnement socio-éducatif intensif leur permet de consolider leur projet de vie. Un autre projet est à l'étude qui consiste à loger et accompagner cinq jeunes dans une maison, et cela dès l'été 2011.

Il semble qu'il y ait des expériences spécifiques mises en place pour les femmes à Paris dans de petites unités individuelles et collectivisées avec une prise en charge interdisciplinaire.

Des pistes sont évoquées, en particulier autour d'expériences faites en Suisse allemande, qui permettent à des personnes seules dans leur logement d'accueillir des personnes sans domicile.

On trouve parfois, et pour du court terme, des solutions de logement, c'est vrai en particulier pour les femmes battues, par contre c'est impossible de trouver un logement du jour au lendemain, lorsqu'elles décident de partir.

Certaines solutions sont parfois trouvées. La RAS<sup>32</sup> vient de louer deux appartements dans la région de Nyon, dans des structures pour personnes âgées, afin d'accueillir dans l'urgence des mères avec enfants.

Il est donc nécessaire de pouvoir bénéficier de la collaboration des régies immobilières, mais aussi d'avoir suffisamment d'appartements libres pour pouvoir permettre la transition entre le logement d'urgence et un logement stable. Il faut aussi développer des projets permettant un accompagnement socio-éducatif et d'assurer un cadre stable permettant l'accompagnement et le maintien sur du long terme.

Peut-être faut-il s'orienter vers des projets du type CASA NOSTRA. C'est une fondation Bienneoise, propriétaire de trois immeubles; des personnes en grande difficulté sont accueillies et ça marche. Il y a dans ces immeubles un concierge médiateur et un accompagnement socio-éducatif qui permettent la régulation des problèmes et l'accompagnement et le suivi de la population hébergée.

Parfois des personnes insérées dans un logement posent des problèmes de voisinage en lien avec des comportements inadéquats. Quand ceux-ci deviennent trop importants, la réponse envisagée est l'expulsion; peut-être faudrait-il pouvoir réfléchir à des interventions préventives de type communautaire permettant la régulation des conflits. Des exemples intéressants ont montré que ceci est possible: l'unité de psychiatrie mobile est intervenue dans un immeuble où une femme avec une pathologie psychiatrique était menacée de renvoi. Les professionnel-le-s ont organisé une rencontre dans la buanderie avec l'ensemble des locataires pour expliquer et parler de la situation, mais aussi des habilités à mettre en place pour permettre aux locataires de comprendre la situation et diminuer leurs peurs et de leur permettre d'interagir avec cette autre locataire de façon plus appropriée. Cette intervention a permis de diminuer les angoisses des uns et des autres, de faire jouer la solidarité et in fine à cette femme de conserver son logement.

D'autres expériences sont en cours comme le projet APOLO à Vevey. Il est en cours de construction mais ce sont des projets à suivre et leur intérêt est aujourd'hui majeur pour faire face aux problèmes de logement.

#### **6.4 Atelier 4: Parentalité Maternité**

En lien avec la parentalité, différentes questions sont mises en évidence. D'une part la question des représentations que nous avons de cette question. Nous avons tous dans la tête l'image de ce que doit d'être une « bonne mère ». Une femme consommatrice de substances met à mal cette image, elle transgresse tous les interdits, non seulement dans son propre corps, mais également met en danger son enfant. Le regard négatif que posent sur ces mères les professionnel-le-s généralistes ne peut qu'induire le repli de ces femmes. Il est donc essentiel de pouvoir travailler sur nos propres représentations, afin de sortir d'une vision stigmatisante qui enferme les femmes dans leurs problématiques de consommation.

---

<sup>32</sup> RAS, Région d'action sociale.

Lors de cet atelier, différents sous-groupes se sont constitués pour aborder cette question.

Le Rel'aids anime depuis plusieurs mois un groupe de « mères hors normes » telles qu'elles se définissent elles-mêmes. La majorité de ces femmes n'ont plus leurs enfants, mais elles s'interrogent collectivement sur ce que signifie la maternité et comment, malgré leur situation, continuer à être mères malgré tout. De ce travail va peut-être naître un film qui devrait permettre aux professionnel-le-s de prendre conscience de ce que signifie pour ces femmes la maternité et que leurs préoccupations sont les mêmes que celles de toutes les autres femmes. Il est important de faire ce travail qui participe aux changements de représentations.

Ces espaces de parole sont essentiels et il est important de pouvoir soutenir ce travail. Il faut que puisse se développer ce genre de démarche pour permettre de se raconter, de parler librement de sa consommation, sans être dénoncées. On peut être une bonne mère préoccupée du bien-être de son enfant et avoir des moments de consommation. Il faut donc pouvoir instaurer un climat de confiance, viser l'autonomie et la restauration de la dignité. Il faut que les professionnel-le-s puissent voir la place qu'ils donnent à la consommation, quel est le sens de la consommation.

Les objectifs poursuivis doivent permettre à ces femmes d'être des mamans quoi qu'il arrive et qu'elles puissent l'être, même si leurs difficultés les empêchent momentanément ou durablement de s'occuper de leurs enfants.

Il y a une forte demande de reconnaissance de ces femmes qui revendiquent de ne pas être considérées d'abord comme des toxicomanes, mais avant tout comme des mères. Les professionnel-le-s du réseau addiction pensent qu'il est nécessaire de sortir de la stigmatisation pour prendre en compte l'ensemble des ressources que ces femmes sont capables de mobiliser.

Pourtant aujourd'hui les marges de manoeuvre de ces femmes sont souvent réduites. Il est impératif de pouvoir évaluer correctement les situations et de mettre en évidence si ce qui se joue est réellement à mettre sur le compte des femmes et leur incapacité à faire face aux situations ou si c'est d'abord une manière de rassurer les professionnel-le-s.

Il faut que puisse se mettre en place un réel soutien à la parentalité. Celui-ci ne peut se faire qu'en renforçant la formation et l'information des intervenants du domaine social et médical. Mais la formation est aussi nécessaire pour l'ensemble des professionnel-le-s qui travaillent dans le domaine des soins spécialisés (sages-femmes) ou de la petite enfance et qui vont accompagner ces familles sur du court ou du long terme. Il faut aussi que puissent se renforcer les liens avec le SPJ et les professionnel-le-s du réseau addictions.

Il est aussi impératif de développer une aide qui peut être ponctuelle et non définitive et s'activer rapidement en situation de crise. Il s'agit d'améliorer les interfaces et de décroisonner les logiques institutionnelles, en améliorant les réseaux mis en oeuvre

autour de situations particulières et de toujours prendre en compte le réseau naturel et les professionnel-le-s de terrain les plus proches de ces situations.

Il n'existe plus aujourd'hui de structures résidentielles spécialisées addictions qui prennent en compte l'accompagnement mères-enfants et c'est un manque.

Souvent les mères consommatrices ne travaillent pas et de ce fait n'on pas toujours le droit d'avoir une place pour leur enfant en crèche et c'est regrettable car ceci pourrait permettre à ces mères de souffler un peu.

## Recommandations

Les recommandations présentées ci-dessous sont issues à la fois de la démarche entreprise dans le cadre de ce travail et des ateliers de la rencontre organisée par Lausanne Région et Rel'ier le 11 novembre 2010.

Pour faciliter la lecture, ce qui est issu de la recherche apparaît en caractères gras dans le texte et ce qui provient de la réflexion collective des ateliers en italique.

### Les trajectoires de vie

Celles-ci mettent en lumière différents éléments clé ressortant des entretiens effectués auprès de femmes. Les caractéristiques particulières et les facteurs de risques, en lien avec l'initiation de la consommation de produits psychotropes, mettent en évidence la nécessité de développer des axes de **prévention primaire et surtout secondaire**, ceci afin d'éviter la péjoration de situations identifiées.

Dans ce sens, le développement actuel des propositions de mise en place d'un dépistage précoce des situations à risques semble pertinent à condition qu'il débouche sur une intervention permettant de prendre en compte l'ensemble des difficultés rencontrées par les jeunes aujourd'hui. Ce qui signifie que celle-ci ne doit pas être focalisée sur la consommation problématique de produits, mais bien sur l'ensemble des problèmes rencontrés, ce qui inclut une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée qui s'attache à prendre en compte la globalité de la problématique.

### La question du décrochage scolaire

Les difficultés de trouver une insertion dans le domaine de l'emploi, autant que les problèmes de consommations, doivent être prises en compte.

Il existe déjà un certain nombre de mesures qui aujourd'hui sont mises en œuvre pour faire face à cette problématique. Il ne s'agit donc pas d'en remettre de nouvelles, mais davantage de travailler de façon concertée entre ceux qui prennent en charge la question des consommations de psychotropes auprès des adolescents et ceux qui sont actifs dans les domaines du champ scolaire et de l'insertion et de l'accompagnement socio-éducatif.

L'extension du programme Départ est, dans ce sens, tout à fait pertinent, surtout s'il s'articule en partenariat avec les acteurs présents et actifs dans les domaines précités. Des actions de prévention précoces évitent la cristallisation de comportements négatifs. Il est donc essentiel de porter une attention particulière sur les foyers d'accueil et de prise en charge des adolescent-e-s. Des programmes de prévention spécifiques dans ce domaine<sup>33</sup> existent, leur diffusion et leur mise en œuvre mériteraient certainement un développement plus conséquent. Par ailleurs, nous devons regretter la disparition des programmes de prévention Fil rouge, qui

---

<sup>33</sup> Le programme de prévention Gouvernail, de REPER, est un exemple de ce genre de proposition.

s'attachaient à promouvoir des axes de prévention dans les institutions pour adolescent-e-s.

Il s'agit donc de défendre la mise en œuvre et le développement :

**Des interventions préventives et des prises en charge précoces et concertées prenant en compte l'ensemble des problématiques rencontrées. Et en particulier en ce qui concerne les facteurs intergénérationnels car, nous l'avons vu, certaines sont issues de familles ayant elles-mêmes des problèmes.**

- *Pouvoir mettre en place une intervention précoce et former les professionnel-le-s aux outils permettant la mise en place de l'intervention.*
- *Soutenir la mise en place de différentes mesures permettant de prévenir ces situations, renforcer les mesures dans le domaine de la formation (mesures de transition 1).*

### **Mesures spécifiques pour celles qui sont à la rue**

En ce qui concerne les propositions faites par les femmes, la question d'une « **consigne** » pour pouvoir poser ses bagages lorsque l'on est à la rue a été évoquée. Cette question a fait l'objet de discussions dans le cadre du DSB et elle n'est pas inintéressante. Nous pourrions envisager cette proposition et l'investiguer afin de voir comment la rendre opérationnelle.

### **Le logement**

Un des éléments marquants dans cette enquête est sans conteste **la problématique du logement**. Celle-ci devrait impérativement être prise en compte, non seulement en termes de disponibilité, mais aussi en favorisant les mesures d'accompagnement adéquates permettant aux usagères de conserver leur logement.

Il faut donc **créer des logements matériellement accessibles**.

- *Favoriser le développement de logements communautaires avec un accompagnement social.*
- *Mettre en place une association du type Casa Nostra à Bienne. Propriétaire de ses propres logements.*
- *Soutenir d'un point de vue politique le développement de logements subventionnés.*

### **Un accompagnement de proximité**

Pour les femmes désinsérées qui ne fréquentent pas les structures du DSB, un constat s'impose : les mesures qui sont efficaces et sont jugées utiles sont celles qui sont mises en œuvre dans le cadre **des projets hors murs**. **Les TSHM sont le premier maillon qui peut permettre la création d'un lien significatif et l'orientation sur le réseau d'aide et de soin**. Il est donc essentiel, pour maintenir les liens avec ces femmes, que ce travail puisse être maintenu, voire renforcé si nécessaire. Mais ceci est difficile de pouvoir

être apprécié en l'état puisque nous ne disposons pas de véritables données en ce qui concerne le nombre de personnes concernées.

### **L'insertion professionnelle ou occupationnelle**

Il faudrait aussi favoriser le développement d'alternatives **occupationnelles** attractives pour pouvoir permettre aux femmes de retrouver un bout de dignité et de sens à leurs existences au travers d'activités valorisées. Il s'agit donc de réfléchir à la mise en place de propositions **de réhabilitation au travers du développement de véritables alternatives favorisant la réinsertion et la mise à niveau des compétences.**

- *Soutenir la mise en place de différentes mesures permettant de prévenir ces situations, renforcer les mesures qui dans le domaine de la formation ou de l'emploi sont déjà existantes.*

### **Renforcer l'estime de soi**

**Mettre en place des outils** et développer des propositions de prise en soins permettant aux femmes de s'affranchir de leur rôle de victime en se réappropriant une estime de soi positive. Ceci peut être envisagé sous la forme des ateliers « trip de cœur »,<sup>34</sup> ateliers permettant aux femmes de travailler, au travers d'animations proposées, différentes thématiques leur permettant de renforcer leur estime d'elles. Et pour les professionnel-le-s la Malette genre<sup>35</sup> est un outil qui peut être utile ainsi que le guide Au féminin s'il vous plaît !<sup>36</sup>

### **La maternité et l'accompagnement à la parentalité**

Les questions de la prise en charge des **mères toxicodépendantes** posent de véritables problèmes puisqu'aujourd'hui aucune structure spécialisée addictions ne peut les accueillir. Il serait utile d'évaluer les véritables besoins dans ce domaine afin de réfléchir aux solutions et aux mesures d'accompagnement spécifiques à mettre en place pour faire face à ces situations afin de permettre un véritable accompagnement à la maternité et au maintien des liens entre parents et enfants.

- *Favoriser le maintien et le soutien de la parentalité.*
- *Former les professionnel-le-s pour permettre un accompagnement de la parentalité qui puisse s'inscrire dans un véritable partenariat sans jugement négatif polluant la relation professionnel-le-s-parents.*

---

<sup>34</sup> Ateliers de groupe créés par des femmes et pour des femmes aux prises avec des problèmes de dépendance. Doc. dans annexe.

<sup>35</sup> Malette Genre, outil initié par la plate-forme romande Femmes dépendances, actuelle plate-forme genre du Grea.

<sup>36</sup> Au féminin s'il vous plaît ! La pratique. Documentation relative à la mise en œuvre des offres de prises en charge à bas seuil pour les femmes toxicodépendantes. OFSP 2004.



## Pour les professionnel-le-s

Face aux mesures spécifiques mises en place avec des propositions d'espaces exclusivement destinés aux femmes qui n'ont pas fonctionné, il serait utile peut-être de plus travailler la prise en compte de la **dimension-genre de façon transversale, c'est-à-dire de prendre en compte les spécificités du genre masculin et féminin dans l'intervention socio-éducative.**

Les femmes sont demandeuses d'une aide inconditionnelle, le premier contact est souvent jugé comme déterminant pour la suite de l'intervention. Certains professionnel-le-s hors du réseau spécifique addiction ne se sentent pas véritablement outillés pour prendre en compte ces dimensions dans leurs interventions. Il s'agit donc ici de faire des propositions leur permettant de développer des outils nécessaires à ces interventions au travers de l'accès **aux formations**<sup>37</sup> existantes dans ce domaine.

Il s'agit ici aussi de favoriser les échanges et les moments d'intervisions entre professionnel-le-s et de favoriser leur appartenance aux plates-formes et groupes de travail existant sur cette problématique. **Plate-forme genre et dépendances du Grea**<sup>38</sup> **et le groupe femmes des TSHM**<sup>39</sup>.

## Conclusions

L'originalité de ce travail a porté sur la démarche entreprise qui s'est construite sur un axe double qui interroge les usagères et les professionnel-le-s et de ce point de vue la confrontation des regards est utile, car elle permet de donner la parole aux premières concernées et de considérer que leur point de vue est indispensable pour permettre la prise en compte des besoins s'inscrivant dans une réalité.

Les données investiguées mettent en évidence que les axes des interventions prenant en compte les questions du genre restent encore à construire dans le domaine particulier de la prise en soins. Dans le champ du traitement et de la réduction des risques, le réseau existant est déjà dense et nombreuses sont les structures mises en place dans ce cadre. Toutefois, il semble que des efforts restent encore à faire pour que les offres proposées puissent réellement prendre en compte les écueils qui entravent l'accessibilité des femmes aux structures en place. Ce rapport a permis de mettre en évidence les éléments indispensables à prendre en compte, mais ceux-ci ne suffisent pas en eux-mêmes, sans que puisse se travailler la question des représentations sociales chez les professionnel-le-s et en particulier auprès des généralistes. De façon générale, **la question de représentations sociales négatives** à l'encontre des femmes est un élément récurrent mis en évidence également dans l'ensemble des ateliers. Il s'agit là aussi de proposer des espaces d'intervision permettant aux professionnel-le-s non spécialistes et aux spécialistes addictions de croiser leurs regards et dans ce sens les journées de réflexion organisées par Lausanne Région et Rel'ier sont des interfaces utiles car elles permettent aux professionnel-le-s

---

<sup>37</sup> Cas, Das Foord, Certificat et diplôme d'études avancées en addiction, [www.fordd.ch](http://www.fordd.ch)

<sup>38</sup> GREA, Groupement romand d'études des addictions. [www.grea.ch](http://www.grea.ch)

<sup>39</sup> Plate-forme des TSP groupe de travail coordonnée par Rel'ier.

ainsi qu'aux politiques de construire ensemble des réponses collectives, et de faire avancer la connaissance de ce domaine particulier.

Il s'agit de pouvoir poursuivre ce genre de démarche et de favoriser **l'accès aux formations spécialisées**<sup>40</sup> pour les spécialistes addictions, mais également pour les généralistes afin de leur donner les outils permettant la mise en place de la prise en soins la plus adéquate possible.

Par ailleurs le travail effectué met en évidence la nécessité aujourd'hui de :

- favoriser des projets d'interventions précoces en prévention secondaire ;
- créer des logements matériellement accessibles ;
- mettre en place des mesures d'accompagnement socio-éducatives permettant aux personnes en situation de fragilité de conserver leur logement ;
- développer des mesures d'accompagnement dans des projets de réinsertion adapté aux possibilités réelles de cette population particulière qui nécessite un accompagnement et un seuil d'exigence adapté ;
- d'offrir des rattrapages scolaires de base ;
- de soutenir l'accompagnement de proximité qui est déterminant pour maintenir un lien avec ces femmes ;
- de mettre en place une consigne sociale pour celles et ceux qui sont à la rue ;
- de soutenir la parentalité, en mettant une place une médiation entre les parents concernés et les services de protection de l'enfance qui pourrait être assurée par des professionnel-le-s spécialisé en addiction ;
- de mettre en place une réflexion sur la nécessité d'un lieu d'accueil spécifique pour les femmes.

---

<sup>40</sup> Fordd CAS, certificat d'études avancées et bientôt DAS, diplôme d'études avancées certifié HES. Le Grea offre des formations sur la thématique des addictions qui s'adressent autant aux spécialistes qu'aux généralistes.

## **Bibliographie**

Alvarez, C. et Prats, V. (2010). Processus de connexion interinstitutionnelle enfants en bas âge de parents toxicodépendants. A paraître.

Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Simmons, K. W. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, Feb., 18 (2), 151-158.

Bouchat, (2001). Support de cours : Genre et abus sexuel, cours Fordd.

Cattacin, S., Lucas, B. et Vetter, S. (1996). Modèles de politique en matière de drogue : Une comparaison de six réalités européennes. Paris : L'Harmattan.

Dupertuis, V. et all. (1998). Point de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Groupe de travail Femmes, dépendances.

Ernst, M.L., Rottenmanner, I. et Spreyermann C. (1995). Femmes, Dépendances, Perspectives : Bases conceptuelles pour le développement et la promotion d'interventions spécifiques auprès des femmes consommant des drogues illégales. Berne : OFSP.

Labhart, F., Notari, L., & Gmel, G. (2010). Consommation d'alcool dans l'espace public : Etude de terrain auprès des passants de Lausanne et d'Yverdon-les-Bains (Rapport de recherche No 47). Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA).

McCauley J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., ... Bass, E.B. (1997), Clinical Characteristics of Women With a History of Childhood Abuse : Unhealed Wounds. *JAMA*. 277(17):1362-1368.

Papart, J.P. et autres (1999). La santé : une question d'égalité. Evidences scientifiques et impératif de société. *Revue Santé Publique*, N° 2247.

Parquet, P.J., (1998). Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, Usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES.

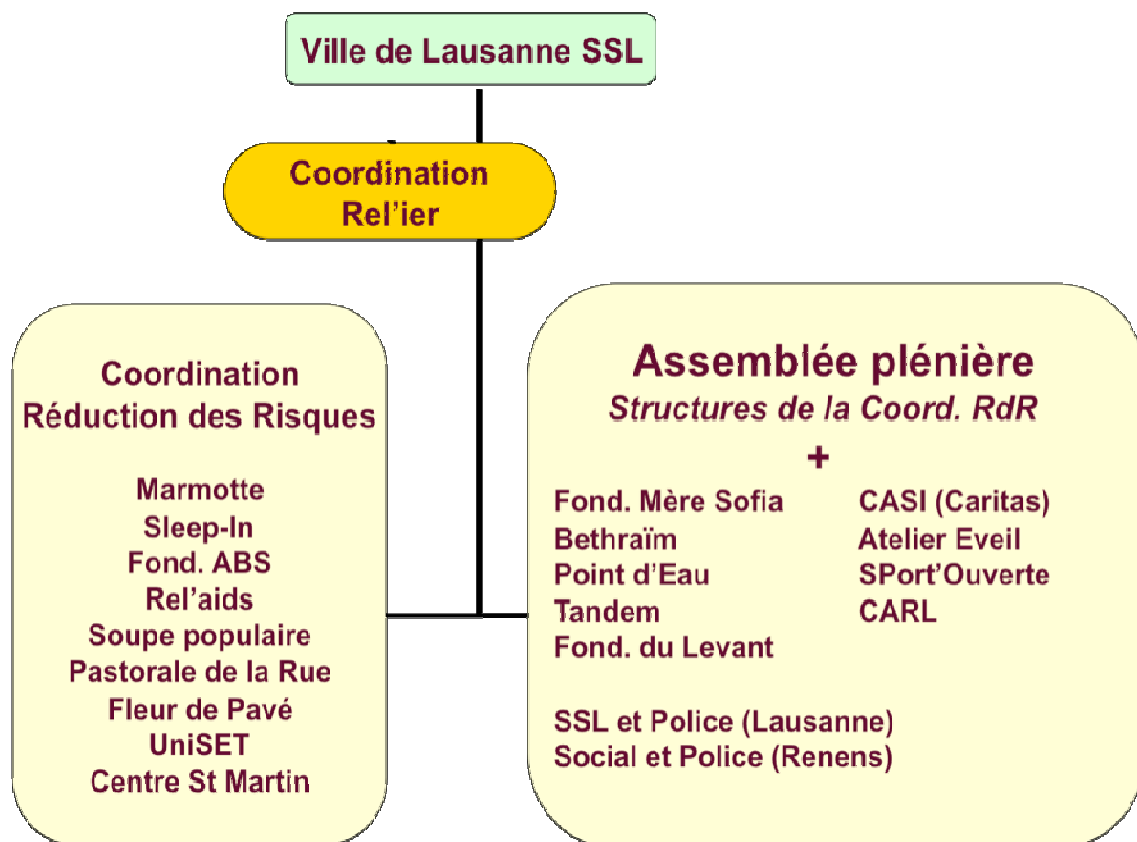
Pavageau, J., Gilbert Y. et Predrazzini Y. (dir) (1997). Le lien social et l'inachèvement de la modernité : expériences d'Amérique et d'Europe. Paris : L'Harmattan.

Valera, G., (2003). Pratiques et discours autour d'un espace « bas-seuil ». Analyse de la participation des usagers de drogues dans la construction de la réduction des risques. Mémoire de D.E.A. Université de Paris VIII- Saint Denis.

## Liste des structures interrogées

1. Unafin Lausanne, Unité d'assainissement financier
2. CSR Ouest lausannois, Renens
3. CSR Prilly-Echallens
4. CSR Est lausannois, Pully
5. SPAS, Centre social cantonal
6. Office Tuteur général, Lausanne et canton
7. Fondation vaudoise de probation, Epalinges et canton
8. CSP, service social polyvalent, Lausanne
9. Caritas, service social, Lausanne
10. Caritas, Epicerie sociale
11. Centre de consultation d'aide aux victimes LAVI
12. Faire le pas
13. Bethraïm
14. Sport'Ouverte
15. Atelier Eveil
16. Impulsion, Le Relais
17. Cefil, le Relais
18. Macadam service, Fondation Mère Sofia
19. CASI entre d'appui social et d'insertion, Caritas, Lausanne
20. Fondation du Levant, CTR, Puissance L + ateliers, CASA
21. Fondation des Oliviers
22. Barthimée, résidentiel
23. Le Relais, résidentiel
24. Centre du Jeu excessif
25. Fleur de Pavé
26. Tandem, soutien adm. et financier aux personnes précarisées
27. La Résidence, la Marmotte, Armée du salut
28. Unité de logement, Service social, Lausanne
29. Le passage, ABS, Lausanne
29. Unité de psychiatrie mobile
30. Point d'Eau
31. Graap
32. La Fraternité, service social pour immigrés, CSP
32. Fondation Les Oliviers, Le Mont/Lausanne
33. Association des familles du Quart monde de l'Ouest lausannois
34. Soupe Populaire, Fondation Mère Sofia, Lausanne
35. CTA, Alcoologie psychiatrique
36. Centre St-Martin
37. Rel'aids
38. Sleep in
39. Service Social du CHUV

# Dispositif Seuil Bas (DSB)



Avec le soutien de

L a u s a n n e



**info**  
coordination intervention suisse  
**drog**