



La RUE des femmes

Redonner un sens à la vie

Portrait de l'itinérance au féminin

Réalité 2018

Vue par La rue des Femmes

Mars 2018

1. Introduction	3
2. Une expertise issue du terrain	5
3. Portrait de La femme en état d'itinérance	6
4. La réalité de la rue	7
- La violence	7
- La logistique	8
5. La santé mentale, la toxicomanie, la santé physique	8
6. La réalité financière	10
7. La situation économique des femmes	12
8. La réalité sur le « logement d'abord » chez les femmes	12
9. Les différents visages féminins de l'itinérance	13
- Les femmes autochtones	13
_ De la communauté inuit	13
_ De la communauté des premières nations	14
- Les jeunes	15
- Les femmes âgées	15
- Les femmes immigrantes	18
- La maternité dans la rue	18
- Les femmes trans	20
10. Les services à implanter	20
- Corridors de services	20
- L'expertise des intervenantes : la santé relationnelle	22
- Les moyens déjà en place	22

PORTRAIT DE L'ITINÉRANCE AU FÉMININ – RÉALITÉ 2018

1. Introduction

L'itinérance des femmes présente autant de trajectoires et de profils différents, uniques et singuliers, qu'il y a de femmes dans la rue. Elles sont jeunes, âgées, immigrantes ou pas, autochtones, issues de la ville comme des régions éloignées, et sont de toutes les classes sociales. Un quart des personnes itinérantes du recensement de 2015 sont des femmes; cependant, ce chiffre ne tient pas compte de ce qu'on appelle l'itinérance cachée des femmes, celles qui se promènent de place en place : entre famille, amis, chambres d'hôtel, hébergements, hôpitaux, gîtes, et autres. Elles dorment parfois dans leurs entrepôts, dans des stationnements souterrains du centre-ville, chez des clients, elles passent la nuit dans des fastfoods, dans des salles d'attente d'hôpital, dans les entrées de métro, etc.

Un lien, par contre, unit toutes ces femmes qui vivent dans les pires conditions, c'est l'état de **stress post-traumatique complexe chronique**, c'est-à-dire la blessure relationnelle grave causée par les horreurs vécues, particulièrement pendant l'enfance, et qui, le plus souvent, ont perduré toute leur vie. Citons, à titre d'exemples : abus et violences physiques, sexuelles, psychologiques et relationnelles. La rue n'est malheureusement que l'aboutissement de la déconnexion à elles-mêmes – la déconnexion qu'elles ont dû faire pour survivre aux atrocités subies. **Leur santé relationnelle est si profondément détériorée que la capacité de vivre n'a laissé place qu'à la survie.**

Certaines sont toxicomanes (drogues, alcool, jeux, etc.), ou ont des troubles de santé mentale graves et persistants (schizophrénie, bipolarité, troubles de personnalité limite, etc.); parfois même, elles ont une comorbidité. Elles sont toutes exclues, n'ont plus de contact avec leur famille ni avec leurs enfants, elles sont totalement isolées et conjuguent avec le rejet à tous les temps.

Ce document dresse le portrait de l'itinérance au féminin en 2018, tel que constaté, compris et analysé par l'équipe de La rue des Femmes (LrdF), organisme à but non lucratif créé à Montréal en 1994. Depuis presque 25 ans, soit un quart de siècle, notre mission est de soigner ces femmes, de défendre leurs droits, mais aussi de guérir leurs blessures relationnelles en utilisant une approche novatrice, soignante et reconstructrice appelée approche en santé relationnelle.

Au fil des années nous avons pu observer deux types d'itinérances : l'itinérance situationnelle et l'itinérance chronique, que nous appelons état d'itinérance.

- être en situation d'itinérance : difficulté qui s'inscrit dans le temps et qui amène une personne à se retrouver dans une situation d'itinérance plus ou moins longue. La personne va éventuellement être capable, avec le soutien nécessaire, de remobiliser ses ressources intérieures et son potentiel afin de reprendre un chemin de vie dit normal.

- être en état d'itinérance : état chronique caractérisé par l'incapacité d'être en lien avec soi-même, avec les autres et son environnement. C'est un état de santé relationnelle fracturé, qui demande pour guérir bien plus qu'un aspect financier et de logement. L'itinérance cyclique fait aussi partie de cette catégorie.

Il n'y a encore pas, en 2018, de consensus quant à la définition exacte de l'itinérance :

C'est « un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir, et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes »¹.

« L'itinérance décrit la situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouvent l'individu ou la famille, et de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être un sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible»²

« L'itinérance est un processus de désaffiliation qui se traduit chez la personne par une multiplication de ruptures, d'impasses et de difficultés propices à la dégradation des liens sociaux et dont l'aboutissement est la rue. Exclues et marginalisées, les personnes itinérantes se retrouvent dans une situation de grande instabilité et précarité. Parce qu'ils sont exposés à des conditions de survie, les hommes et les femmes qui vivent dans une telle situation se voient de plus en plus fragilisés dans leur intégrité et leur dignité.»³

¹ Définition gouvernement provincial <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/itinérance/>

² Définition gouvernement fédéral (Canadian Homelessness Research Network)

³ Définition du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-13

Par contre toutes s'entendent sur l'exclusion, la désaffiliation, la précarité et sur le manque d'un toit stable.

« Pour La rue des Femmes, les femmes sont des survivantes de traumatismes graves dus à des violences extrêmes vécus souvent dès l'enfance, des suites de troubles du développement tels que les perturbations du lien d'attachement ainsi qu'aux distorsions d'identité, de perte de repères dans la vie, les figeant dans la survie d'où en découle l'itinérance.

L'itinérance est donc un problème sociétal parce que ce sont bien des adultes qui ont perpétré des abus et comme société nous continuons par une approche punitive et controlante à abuser de ces personnes les plus souffrantes de notre société. »

Cependant, nous insistons et désirons encore que l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) sera au cœur de toutes les politiques et mesures développées en itinérance.

2. Une expertise issue du terrain

La rue des Femmes est une communauté d'inclusion : c'est un milieu de vie et non un refuge ni un gîte. C'est un lieu de guérison et de réadaptation pour les femmes en état d'itinérance, soit des femmes qui sont parmi les plus blessées de notre société. Soigner ces femmes de façon durable passe obligatoirement par le soutien, la guérison et la reconstruction du lien à soi et aux autres, dans un environnement stable, sécurisant et encadrant.

Nos services vont de l'hébergement d'urgence, et de l'hébergement à court, moyen et long termes. Nous offrons des repas, des vêtements, du counseling, des activités thérapeutiques et structurantes; nous effectuons de l'accompagnement, du soutien, des suivis individuels; nous travaillons en partenariat avec les différents acteurs et intervenants des domaines médical, juridique, légal, financier, etc. Nos services favorisent la reconstruction, la réadaptation et la réinsertion dans la communauté. En 2016-2017, nous avons donné des services à plus de 1000 femmes différentes. La rue des Femmes, c'est trois maisons d'hébergement et deux centres de jour. mais la même mission, la même philosophie d'intervention et la même approche.

Ce milieu se veut inclusif, familial, où la vie peut se déployer au quotidien à travers toute cette panoplie d'activités et de différentes formes de soutien dans une ambiance d'ouverture, de non-jugement et d'amour qui permettent aux rires, aux larmes, aux joies, aux colères et aux peines de s'exprimer.

Notre expérience terrain, notre approche novatrice et notre compréhension de l'état d'itinérance nous ont valu plusieurs prix honorifiques. Quatre chercheuses en psychologie de l'Université UQAM ont également déposé un rapport de recherche en

2017 sur l'Approche relationnelle telle que développée et utilisée par la Rue des Femmes, qui permet de comprendre, d'expliquer et d'approcher le phénomène de l'itinérance.

Les structures d'accueil mises sur pieds par des femmes visionnaires ont, par le passé, contribué à ce que les femmes en difficulté ne se retrouvent pas à la rue. De nos jours, la réalité et le portrait de l'itinérance au féminin se sont détériorés au point que les hébergements ne peuvent plus répondre à la demande croissante. Le nombre de femmes en état d'itinérance est en constante augmentation et leurs problématiques sont de plus en plus lourdes.

L'orientation des gouvernements en place en matière d'itinérance en 2017 est celle du « Logement d'abord », c'est-à-dire ayant comme objectif de mettre en logement les personnes itinérantes peu importe leur niveau de chronicité et leur état, de les meubler et de leur donner un suivi une fois par semaine avec un intervenant. C'est la formule d'un modèle unique pour tous, malgré la spécificité et l'unicité de chaque personne dans son parcours, son état, ses capacités organisationnelles et ses autres besoins. Il existe donc à Montréal en ce moment un réel problème d'accueil au niveau du support d'urgence.

La réalité est que beaucoup de femmes en état d'itinérance ne peuvent pas faire partie d'un programme pour de multiples raisons ou ne sont pas aptes à habiter dans un logement dû à la gravité de leur état. Selon notre expérience, nous savons qu'un certain pourcentage (25% à 30%) d'entre elles ne seront jamais aptes à vivre en logement de façon autonome.

3. Portrait de la femme en état d'itinérance

Ce n'est pas seulement une femme sans domicile fixe, errant dans les rues avec un carrosse rempli, qui quète dans la rue, qui dort dans les parcs ou les ruelles, qui fouille dans les poubelles pour y trouver de quoi manger ou des mégots de cigarettes; qui passe d'un hébergement à l'autre quand elle arrive à y obtenir une place, qui se nourrit dans les centres de jour.

Cette forme d'itinérance visible nous voile l'autre face de l'itinérance féminine, beaucoup moins connue : l'itinérance cachée ou invisible. Ces femmes restent relativement invisibles; elles dorment un peu partout, chez ce qui leur reste de relations, chez des clients, dans des motels, dans les salles d'attentes des hôpitaux, dans les restaurants ouverts toute la nuit; elles se fondent dans la masse car elles n'ont pas 'l'allure' connue des itinérantes. Elles passent leurs journées dans les centres d'achats, dans les bibliothèques, au milieu du monde, à l'abri des regards qui pourraient découvrir leur honteux secret. Elles sont souvent bien habillées et bien soignées et n'ont que peu

de bagages avec elle. Pourtant leur réalité est la même que celle des autres femmes dans la même situation. Elles échangent des faveurs sexuelles contre une nuit à l'intérieur, peu importe les risques et les dangers; après tout... se faire battre à l'intérieur serait-ce moins grave que dans la rue? Au moins, elles sont au chaud, et en sécurité pensent-elles....

Pourtant, nous les voyons toutes car elles finissent par aboutir dans nos services en hébergement ou dans nos centres de jour. Leur détresse est la même, ce sont leurs moyens de survie qui sont différents. Vous croisez chaque jour de ces femmes lors de vos déplacements sans vous douter une seconde de leur réalité.

4. La réalité de la rue

Personne ne choisit de vivre dans la rue; cette théorie du choix trop souvent entendue est rabaisante, discriminatoire et empreinte de jugements. Les conditions de vie dans lesquelles elles vivent les emprisonnent dans l'exclusion systémique et la marginalisation. Elles ne font plus confiance à personne et encore moins aux institutions.

- **La violence :**

Mais qu'arrive-t-il à ces femmes lorsque nous sommes bien au chaud et en sécurité chez nous, le soir venu, après une journée de travail.... À celles qui n'ont pas réussi à se trouver une place en hébergement ou qui n'y sont pas éligibles, ceci dû à leur état de désorganisation grave? Profondément meurtries au plus profond de leur intégrité elles ont des blessures physiques, psychologiques et relationnelles qui les empêchent de retrouver la connexion à elles-mêmes, et par le fait même aux autres et à la société. Plus les conditions de vie sont difficiles pour elles, plus elles se perdent dans cette déconnexion, tout en renforçant leurs adaptations de survie dans le tissu urbain.

L'itinérance n'a rien de choisi, ni de douillet et encore moins de sécuritaire. Être constamment en proie à la faim, au froid, au manque d'hygiène, à la peur, aux vols, aux viols, aux coups, aux agressions, à l'exclusion, aux préjugés, à la consommation, à la prostitution de survie, et pour beaucoup, pas ou peu de soins médicaux et trop souvent pas de médications adaptées.

Les agressions vécues dans la rue sont d'une extrême violence : verbales, physiques, financières, sexuelles. La violence des gestes impliquent des blessures graves : traumatismes crâniens, fractures de la boîte crânienne, du menton, des doigts, des bras, des pieds, des yeux tuméfiés, des ecchymoses, des blessures à coup de bouteille ou de couteau, femme battue et laissée pour morte (coma pendant plusieurs semaines), coup de pieds

avec bottes à la tête, vols, agressions sexuelles à caractère dégradants, séquestrations, etc.

Les violences vécues par ces femmes les obligent à devenir elles-mêmes plus violentes afin de pouvoir se protéger; elles doivent s'ajuster. Plusieurs moyens de défense sont utilisés: mettre plusieurs grosses bagues et bracelets sur les mains afin de pouvoir faire mal en cas d'attaque; porter plusieurs couches de pantalons les uns par-dessus les autres afin de ralentir et compliquer les choses en cas d'agressions sexuelles; faire ses besoins, urines et excréments, dans son pantalon afin de repousser et dégouter de potentiels agresseurs sexuel.

- **La logistique :**

La gestion de l'organisation quotidienne pour les femmes en état d'itinérance est un vrai calvaire. Elles doivent faire des appels aux centres d'hébergements afin d'y trouver une place, pour savoir les horaires de repas des centres de jours, des heures d'ouvertures et de fermetures des centres. Elles doivent se déplacer constamment, s'ajuster aux contraintes et règlements de chaque ressources, etc. Chaque mouvement, chaque décision sont calculés : un appel, c'est 50 cent; Il faut parfois faire plusieurs appels à plusieurs endroits différents pour espérer avoir une chance; chaque billet de bus compte. Le tout sera à recommencer demain, et après-demain et ainsi de suite...

Être une femme itinérante, d'un point de vue sanitaire et d'hygiène, est aussi un casse-tête. Avoir accès à une salle de bain et une toilette n'est pas chose simple : difficile d'utiliser celles des restaurants sans acheter une consommation; il faut jongler avec les horaires des centres de jour; les salles de bain publiques n'offrent pas assez d'intimité pour se nettoyer 'à la mitaine' sans une plainte d'autres clientes, etc. Trop souvent elles doivent faire leurs besoins dehors, dans des petits recoins (les mettant à risque de viol), ou faire dans leur pantalon... humiliation... De plus, leurs bagages et parfois l'aspect 'sale' de certaines ne leur permettent pas d'entrer dans la majorité des endroits. Et, il y a le manque de tampons et de serviettes sanitaires : les ressources en fournissent, mais encore faut-il être près de celles-ci et avoir accès à des toilettes. Alors les femmes regorgent de solutions créatives mais pas toujours hygiéniques et saines.

5. La santé mentale, la toxicomanie, la santé physique

Les conditions de vie dans la rue, depuis plusieurs années pour beaucoup d'entre-elles, laissent leur santé gravement fragilisée : problèmes cardiaques, cancers non-traités, hépatite C, VIH, hypertension, diabète, engelures (impliquant parfois l'amputation), infections de toutes sortes, problèmes cutanés, blessures, fractures, overdose, etc. Les suivis médicaux et les traitements sont difficiles à maintenir car l'urgence quotidienne de devoir trouver un lit pour la nuit reste la priorité ; impossible d'avoir un suivi stable quand on est soi-même dans une situation si précaire. Porter leurs bagages

(la plupart du temps très lourds) avec elles constamment leur cause toutes sortes de problèmes et douleurs physiques; leurs bagages sont leur seul territoire, la seule chose qu'il leur reste.

Les problématiques de santé mentale sont aussi de plus en plus lourdes et difficiles à gérer et la plupart d'entre elles n'ont pas de suivi psychiatrique ni de médication adaptée : schizophrénie, trouble bipolaire, troubles de la personnalité, dépression, paranoïa, délires, etc.

La Rue des Femmes accueille les plus grandes 'itinérantes', les grandes toxicomanes, et les femmes présentant des cas lourds de santé mentale. Souvent ces problématiques sont en comorbidité. Ces femmes ne fréquentent pas toujours tous les hébergements disponibles ou elles ne veulent simplement pas y aller. Nous parlons ici de femmes qui sont dans un état d'itinérance chronique (dans la rue depuis une période variant entre quatre et dix ans, voire plus), de celles qui présentent des comportements inappropriés graves et lourds, voire par moment dangereux, dus à une trop grande souffrance et désorganisation physique et mentale.

Nous avons pu observer trois profils de femmes :

- les grandes 'itinérantes' : les femmes qui vivent dans la rue depuis plusieurs années, parfois même depuis plus de dix ans : isolement généralisé, aucun suivi médical, parfois aucun revenu, paranoïa face au système en général, grande méfiance envers les gens, grande détérioration de leur santé physique et mentale, stabilisation à court terme extrêmement difficile (rarement plus de 24/48H), maintien d'un lien difficile rendant les suivis périlleux, résistance à toutes formes de soutien, déconnexion et désaffiliation généralisée. Ce sont des femmes dormant dans les ruelles, derrière des restaurants, dans des parkings souterrains, elles ne se lavent pas ou peu, urinent et défèquent sur elles comme moyen de protection contre les viols.

- les grandes toxicomanes : les femmes qui sont contrôlées par leur consommation excessive quotidienne, au point d'avoir tout perdu : réseau social et familial, papiers d'identité, domicile, enfants, dignité, santé physique et psychologique et parfois mentale, notion du temps, notion des priorités, valeurs et le sens de qui elles sont. Elles arrivent en état de consommation élevée ou en descente de consommation, et repartent en général avant que le manque ne se fasse sentir trop fort. Leurs comportements passent du désespoir profond, à de la colère et à des accès de violence. Elles sont rongées par des traumatismes d'enfance graves, par la culpabilité et le dégoût d'elles-mêmes car conscientes de leur détérioration. Plusieurs d'entre elles nomment espérer mourir dans les mains d'un agresseur, ou d'une overdose.

- les cas lourds de santé mentale : ces femmes qui présentent des symptômes de désorganisation évidents, de délires et de paranoïa généralisée, s'apparentant aux

troubles de la schizophrénie et de bipolarité. Ces femmes n'ont généralement aucune médication. Les interventions auprès de ces femmes sont extraordinairement difficiles car elles sont réfractaires à toute suggestion, accompagnement, suivi et soutien. Elles sont cloîtrées dans un isolement social et familial. Une partie d'entre elles, mais pas toutes, ont une organisation au niveau de leurs papiers (carte assurance maladie, prestation d'aide sociale, etc.), mais présentent une profonde désorganisation à d'autres niveaux : une femme se crème d'huile à moteur sur le corps et cheveux pour soigner son exéma, une femme complètement perdue qui tournera 48h entre 2 coins de rues à peine vêtue une fin de semaine d'automne froide; une autre qui ne s'alimente plus pendant plusieurs semaines car trop catatonique; une femme qui vit dans la rue depuis un an (sans aucun accès à la société) car elle se dit être mère nature et qu'elle doit protéger la Terre des démons; ou une autre qui se couvre le visage en couche épaisse de mascara noir pour être invisible...

Il faut aussi comprendre que les drogues de rue sont maintenant plus dangereuses que jamais : synthétiques, coupées avec des produits toxiques, dont le fentanyl et le carfentanyl qui ont fait leur apparition et dont on ne cesse de parler dans les médias. Toutes nos intervenantes ont été formées au protocole de la Naloxone qui est le 'safe shot' donc l'antidote au fentanyl. Nous avons déjà eu des cas de surdose au fentanyl à la Maison Jacqueline. Il faut savoir que certaines femmes savent qu'elles consomment du fentanyl, alors que d'autres non. La grande majorité des drogues actuellement peuvent être coupées au fentanyl.

6. La réalité financière

La réalité financière des femmes itinérantes repose sur beaucoup de précarité. Certaines ont de l'aide sociale, certaines n'en ont pas.

- Revenu d'aide sociale⁴ : montant de base pour une personne seule : 628\$ par mois. Avec contrainte temporaire : 861\$. Avec contrainte sévère : 954\$. Les femmes qui ont un statut de contrainte sévère à l'emploi sont celles qui ont un diagnostic de santé mentale sévère ou des problèmes physiques permanents. Toutes les autres ont le montant mensuel de base. Si la femme a une dette au gouvernement, un montant lui est déduit sur son chèque. Nous avons déjà vu des femmes qui n'avaient qu'à peine 300\$ par mois.

-Aucun revenu: certaines femmes n'ont pas d'aide sociale. Parce qu'elles n'ont pas les papiers nécessaires pour en faire la demande (carte d'identité ou autre), parce que les démarches sont trop fastidieuses pour elles, parce qu'elles ont été en détention et n'ont pas fait réactiver leur dossier (pour les mêmes raisons ou qu'elles ont perdu le

⁴ Emploi Quebec

papier légal de fin de détention), parce qu'elles n'en veulent pas pour toute sorte de raisons dues à leur état de santé mentale, etc.

C'est les cas de plusieurs femmes malgré ce que l'on peut penser.

- Prostitution : la prostitution est un moyen rapide de faire de l'argent. Malheureusement elles se mettent à risque car elles ne sont pas protégées par personne. Certaines femmes itinérantes offrent des services sexuels à des prix ridiculement bas et bien en-dessous du marché du travail du sexe. Cela se vit dans des conditions pas reluisantes : fonds de ruelles, cages d'escaliers, banquette de voitures, sites de construction, motels miteux, toilettes de restaurant de type fastfood, stationnement, etc.

- Échanges : échanges de services, de vêtements, de maquillage, de billet de bus, de carte de magasin, de chaussures, etc. Tout est mis à disposition pour des échanges qui leur servent de survie. Les femmes regorgent de stratagèmes de la sorte pour survivre, se servant entre autres de ce qu'elles obtiennent dans les centres (vêtements, maquillage, produits pour le corps, manteau d'hiver, chaussures, repas, etc.). Régulièrement nous avons des femmes qui nous redemandent des chaussures et/ou manteau d'hiver quotidiennement... elles nous reviennent le lendemain sans chaussures ni manteau... avec encore la même demande.

- Quêter : elles quêtent surtout pour manger et pour leurs cigarettes et pour certaines, bien sûr, pour leurs consommations.

- Comptes en banque : beaucoup d'entre elles n'ont pas de compte en banque : manque de papier d'identité, refus de la part des banques (peur de la fraude), etc. Il leur est impossible d'échanger leurs chèques d'aide sociale et de tout autre chèque du gouvernement. Un ou deux centres peuvent le faire mais là encore, il faut qu'elles puissent s'y rendre.

Sinon, il y a des escrocs qui leur changent volontiers : abus des plus pauvres. Certains commerces leur changent les chèques avec des frais de 200 à 300\$.

La prostitution n'est absolument pas un moyen de vivre, mais un moyen de survie. Il est vrai que pour certaines, cela leur permet de se procurer des substances qui leur servent d'automédication pour anesthésier leur souffrance intérieure. Celles-ci se retrouvent alors dans un cercle vicieux qui tourne sans fin : prostitution, consommation, prostitution, consommation... car pour oublier l'horreur de la prostitution il faut être en état de consommation, et pour pouvoir consommer il leur faut l'argent de la prostitution...

7. La situation économique des femmes

L'augmentation de la pauvreté est certes une cause de l'augmentation du nombre de femmes itinérantes sans en être l'origine. Avec un montant mensuel de base pour adulte de l'aide sociale de 628\$, il est facile de comprendre que la frontière vers l'itinérance est franchissable rapidement. Comment se payer ne serait-ce qu'un petit studio, payer l'électricité, se nourrir et subvenir à ses besoins de base fondamentaux avec un si petit montant. L'accès aux logements subventionnés est extrêmement irréaliste, avec des listes d'attentes allant jusqu'à 10 ans.

La détérioration économique des femmes est due au manque de revenus décents, aux loyers trop chers, mais aussi à l'augmentation du coût de la vie (denrées alimentaires, hausse des frais de transport et électricité). Les femmes vont utiliser plusieurs stratagèmes afin de repousser le moment ultime de la rue : accepter de rester avec un conjoint violent, être esclave sexuelle, etc. Ces femmes sont épuisées, dépressives et trop souvent au bout du rouleau. Les chiffres le démontrent : c'est plus de 400 000 personnes par mois qui sont aidées par le réseau des Banques alimentaires du Québec (BAQ), composé de 19 Moisson et 11 membres Associés et quelque 1 200 organismes affiliés. Depuis 2008, c'est une hausse de 34,7% de demandes.⁵

8. La réalité sur le « Logement d'abord » chez les femmes

La tendance actuelle des gouvernements en matière d'itinérance est une formule unique et uniforme pour tous, soit le « Logement d'abord ». Cette formule est appliquée dans plusieurs pays et les résultats positifs ont été surtout répertoriés chez la population masculine.

Notre Expérience avec les femmes démontre qu'il en va tout autrement. Ayant deux centres de jours et ayant aussi obtenu des subventions pour ce programme (SRA), nous sommes à même de voir évoluer les femmes que nous avons mis en logement et celles qui ont été mises par d'autres organismes. Ce ne sont pas que des succès que nous avons pu observer, mais bien des situations d'isolement et de plus grande exclusion pour plusieurs. Certaines d'entre elles ont dû être relocalisées après des épisodes de violences, d'incendie ou d'insalubrité des lieux.

Nous avons pu observer les difficultés vécues, ceci dès l'entrée en logement : dépression, anxiété et peurs profondes, isolement, exclusion, profonde solitude, désorganisation, fréquentation malsaine parfois violente afin de ne pas se retrouver seule, problèmes de santé physiques limitant l'activité, augmentation de la consommation, relations conflictuelles avec voisins et propriétaires.

⁵ Les banques alimentaires du Québec – Bilan Faim Québec 2017

9. Les différents visages féminins de l'itinérance

Les femmes Autochtones

Au fil des années, nous avons remarqué une augmentation du nombre de femmes autochtones qui utilisent nos services. Cependant, la plupart d'entre elles n'utilisent aucune ressource pour 'blancs'. Les conditions de vie de ces femmes dans la rue sont épouvantables. C'est probablement la clientèle qui subit le plus d'agressions physiques violentes : membres cassés, visages tuméfiés, commotions cérébrales, fractures du crâne, œil au beurre noir, côtes brisées, etc.

Le dénombrement de 2015 à Montréal affiche que les autochtones sont significativement surreprésentés parmi la population en situation d'itinérance; 25 % serait des femmes. Cependant, d'autres études canadiennes parlent de proportions encore plus importantes.⁶ Les femmes autochtones se retrouvent en ville pour échapper à leur vie difficile et sans issue dans leur communauté, pour essayer de se créer une nouvelle vie, pour se trouver du travail ou même pour des soins médicaux.

Certaines femmes nous partagent qu'elles ne fréquentent que très peu les ressources pour personnes autochtones car la plupart sont mixtes et celles-ci ne veulent pas voir les hommes qui y sont car ce sont trop souvent ces mêmes hommes qui sont violents avec elles dans la rue.

Le terme autochtone ne représente cependant pas la réalité, il est réducteur et ne tient pas compte des spécificités de chaque groupe ethnoculturel. En fait, il faut faire la distinction entre les communautés des Premières Nations et les Inuits. Cette distinction est essentielle autant dans la sévérité de la réalité vécue dans la rue que dans leurs habitudes d'utilisation des ressources dans le milieu.

En effet, les femmes Inuits sont dans des situations encore plus précaires : elles sont plus nombreuses dans la rue et à y dormir, les mettant à plus grands risques d'agressions,⁷ et leurs séjours y seraient beaucoup plus longs que ceux des hommes.⁸

- Les femmes de la communauté Inuit :

Les femmes Inuits nous semblent plus réservées. Elles sont souvent amenées par une autre femme qui fréquente et fait confiance à notre ressource. Elles reviennent parfois

⁶ Ruttan et al., 2008; Baskin, 2007; novac et al., 2002

⁷ Whitzman, 2006, in Patrick, 2014

⁸ Kishigami, 2008

ensembles, ou seule, ou pas. Elles sont distantes, peu demandantes et facilement « invisibles ».

Quand elles sont dans la maison, nous les voyons se réunir. Nous remarquons que leur sens de la communauté est un élément important. Elles prennent leurs repas et font leurs activités (couture, dessin) ensembles et sortent par petits groupes parfois. Autant elles se regroupent à l'intérieur de la maison quand elles se sentent bien, autant elles s'individualisent et s'isolent des autres lorsqu'elles vont moins bien. Le soutien de la communauté semble apprécié quand chacune va bien. À titre d'exemple, l'une d'entre elles nous partageait qu'elle trouvait qu'elles étaient maintenant trop nombreuses dans la maison. L'explication donnée par celle-ci: « des fois c'est bien, mais des fois c'est trop d'histoires déprimantes à écouter. Des fois c'est trop lourd. Et j'ai besoin de partir pour ne plus les entendre. J'ai mes problèmes c'est assez. » Nous avons pu observer que le soutien de la communauté peut être aussi rapproché et sain qu'envahissant : une femme très intoxiquée était dans notre centre de jour... et une autre lui donnait des bouchées de nourriture afin de s'assurer qu'elle mange et puisse rester tranquille. Mais il est aussi souffrant, car voir les autres membres de notre communauté, de notre famille parfois (sœur, fille, mère, cousine, etc.) subir le même sort de vie nous ramène à notre propre souffrance, à notre propre impuissance.

Les femmes Inuits ont donc cette tendance à demeurer entre elles. Elles font peu confiance aux autres groupes; elles ne cherchent pas à se mélanger. Elles ont besoin de soutien dans leurs démarches, mais ne le demandent pas; elles semblent être mal à l'aise face au système en place. À part leur réseau social dans leur communauté, elles ne semblent pas en avoir d'autre. Elles ne connaissent pas les ressources, ni le système, et elles sont réfractaire à le connaître. Plusieurs d'entre elle ne savent pas lire ni écrire l'anglais et encore moins le français.

- Les femmes de la communauté des Premières Nations

Les femmes des Premières Nations nous semblent moins solitaires. Elles se mélangent aux autres femmes qui sont là, peu importe l'origine. Le sens de la communauté n'est pas quelque chose que nous avons observé chez elles, même si elles sont plusieurs en même temps dans la maison. Elles sont plus actives à l'extérieur de la maison, donc moins présentent le jour.

Elles aiment nous rappeler leurs origines qu'elles portent fièrement. Elles sont plus exubérantes et beaucoup moins retranchées. Elles semblent aussi mieux connaître le système, et font leurs démarches seules pour la plupart. Elles nous apparaissent être plus en maîtrise du territoire environnant : ressources disponibles, système en général (médical, juridique, etc.). Elles ont également un réseau social plus vaste et diversifié. L'intégration sociale quotidienne ne semble pas être un enjeu pour elle.

Les jeunes

Les jeunes femmes, de 12 à 30 ans, sont présentes dans la rue, et leur nombre ne cesse d'augmenter malgré les ressources spécifiques à cette tranche d'âge. Certaines sont soit rejetées ou s'excluent elles-mêmes de leurs familles dysfonctionnelles, ou encore, ont atteint la majorité (18 ans) et ne sont plus éligibles au soutien de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ces jeunes femmes, sont issues de toutes les communautés culturelles confondues, et viennent aussi des régions vers Montréal. Toutes viennent de milieux où elles y ont vécu des abus physiques, psychologiques et sexuels.

Elles sont des proies pour les gangs de rue et les proxénètes; elles sont judiciairisées aussi de façon précoce. La consommation de drogues est malheureusement le seul moyen à leur portée pour anesthésier leur souffrance intérieure et leurs blessures relationnelles. La plupart n'ont aucun accès à une équipe médicale et encore moins à un psychiatre.

Ces jeunes femmes sont à risque grave de glisser dans l'itinérance chronique et sont les femmes itinérantes de demain. Leur réalité : les gangs de rue, le proxénétisme, la traite de personne, la prostitution, la consommation de drogues et la violence sous toutes ses formes.

Chez les jeunes, nous retrouvons beaucoup de problématiques de santé mentale : trouble de la personnalité, dépression, anxiété, idéations suicidaires, automutilations extrêmes (lame de rasoir, mines de crayon, trombones, épingles à cheveux, verre, clefs, etc...), troubles de l'alimentation, etc. Leurs situations sont très désespérantes car peu est fait pour elles dans les milieux hospitaliers.

Elles aussi, comme leurs aînées ont subi les chocs post-traumatiques de leur enfance, leur santé relationnelle est souvent anéantie.

Le diagnostic de troubles de personnalité limite leur est donné rapidement. Il faut savoir qu'un trouble de personnalité n'est pas pour le monde médical un problème de santé mental. Elles n'ont pas accès aux soins et ce même quand elles le demandent. Pour La rue des Femmes, leurs comportements difficiles et leurs réactions à leur environnement sont des modes adaptatifs qui leur ont été nécessaires à leur survie.

Les femmes âgées

Le vieillissement des femmes itinérantes est aussi un aspect inquiétant : nous avons de plus en plus de femmes qui fréquentent nos ressources, âgées de soixante-cinq ans et plus; il n'est plus rare de voir des femmes de quatre-vingts ans et plus en état d'itinérance.

Même si la plupart ont déjà vécu des épisodes d'itinérance ou ont déjà passé plusieurs années dans la rue, certaines se retrouvent dans cette situation pour la première fois.

Toutes présentent une santé physique, mentale et cognitive affectée. Leurs situations financière et sociale sont aussi très précaires. Elles vivent dans un grand isolement, oubliées et non-remarquées. Elles s'alimentent mal, ont des difficultés marquées au niveau de leur hygiène. Très souvent, on se rend compte d'une situation lorsque le logement de la femme devient totalement insalubre et nécessite une intervention soit du propriétaire ou de la ville : accumulation, insalubrité, moisissure, risque d'incendie, etc. Elles sont souvent discrètes.

Leur hantise reste de devoir aller en CHSLD, avec comme seul revenu un montant de moins de 200\$ (après paiement au CHSLD). Elles refusent de perdre leur autonomie, ceci au dépens de leur santé.

Comme la plupart n'ont plus de liens familiaux, personne ne se rend compte de leur état. Ce n'est qu'au moment où elles finissent par perdre leur logement que l'on se rend compte de l'étendue et de la gravité de leur situation. Nous avons reçu en 2017, une dame de 92 ans, vivant à Westmount et qui avait été évincée de sa maison pour cause d'accumulation compulsive (TAC) : excréments, carcasses d'animaux morts, tonnes de papiers et de déchets, moisissures dans les murs, besoin de décontamination, etc... personne n'était au courant de sa situation extrême. Aucun système n'avait été mis en place et elle refusait toute forme de soutien. Nous remarquons une augmentation de ce type de situation.

D'autres perdent leur conjoint qui était leur moitié. Sans lui, elle se retrouve seule au monde, complètement perdue, ne connaissant pas le système ni ne sachant par où commencer. Elles sont gênées de demander de l'aide et du soutien. Certaines, aussi, ont été aidantes naturelles, elles ont pris soin d'un parent qui décède et elle se retrouve avec peu ou pas de moyens.

D'autres sont celles qui ont vécu relativement toute leur vie en état d'itinérance, épisodique ou pas. Ce ne sont que les années qui s'accumulent. Elles aussi refusent la perte de leur autonomie. L'option d'une place en CHSLD est aussi totalement rejetée. Leur état de santé relationnelle, mentale et physique se détériore au fil du temps et à cela s'ajoute des déficits cognitifs.

Le meilleur filet de sécurité pour ces personnes âgées reste un médecin de famille qui peut les voir évoluer et se détériorer. Malheureusement, la plupart des femmes âgées que nous voyons n'en n'ont pas. Elles restent donc totalement invisibles et passent au travers de toutes les étapes du processus de détérioration sans que personne ne s'en rendent compte, jusqu'au moment où il est trop tard et qu'elles perdent tout.

Incapables de s'organiser, elles se retrouvent dans les ressources d'hébergement avec presque rien, démunies, sans savoir comment s'orienter.

Les femmes immigrantes

Le nombre de femmes immigrantes est aussi à la hausse. Leurs origines sont tout aussi diverses qu'il y a de pays d'origines : Asie, Afrique, pays du Maghreb, Caraïbes, Europe et Europe de l'Est, États-Unis, etc. L'état d'itinérance ne fait pas d'exception, ne regarde ni la couleur, ni la religion, ni la langue maternelle.

La particularité des femmes immigrantes reste leur isolement. Souvent elles sont seules, leur famille étant dans leur pays d'origine. Celles qui vivent de la violence conjugale sont souvent prises en charge par les hébergements à cet effet. Celles qui ont des enfants aussi. Les immigrantes qui consomment se retrouvent surtout chez les plus jeunes femmes.

Il faut aussi comprendre que la maladie mentale est souvent non reconnue ou stigmatisée dans les autres cultures. Ces femmes sont donc seules et réticentes à toutes formes de diagnostic psychiatrique. Elles ne peuvent souvent pas parler à leur famille de leur situation par peur du jugement.

Il y aussi de très jeunes femmes étudiantes à l'université qui sont au Canada avec un statut d'étudiant. Ce statut les oblige à être inscrite à temps plein aux études et à ne pas travailler plus que 20 heures par semaine⁹. Cependant, plusieurs d'entre elles ont dû interrompre leurs études pour cause de maladie : dépression, anxiété, maladie physique, etc... Ces jeunes femmes se retrouvent donc à la rue sans aucun soutien ni filet de sécurité. La majorité du temps elles ne peuvent rien dire à leur famille et entretiennent le mensonge que tout se poursuit normalement : il faut comprendre que très souvent la famille entière (frères, parents, oncles ou cousins) paient les frais scolaire de ces étudiant(e)s. Pour d'autres, les vivres venant de leur famille sont coupés si la famille restée au pays vit des difficultés financières.

Toutes ces raisons font que ces jeunes, dès qu'elles ne sont plus inscrites à temps plein, se retrouvent en plus de leur difficulté personnelle de santé et financière, sans statut. Ces jeunes femmes se retrouvent en hébergement d'urgence, n'ayant aucune idée de comment se débrouiller dans le réseau, aux grands risques de se faire 'ramasser' par les gangs de rue. Ces jeunes femmes sont complètement démunies, seules et doivent maintenir le secret de l'immigration à leurs proches afin de ne pas décevoir leur famille qui a mis tant d'effort en elles. Elles ne peuvent également pas compter sur le support

⁹ Gouvernement Canada <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/etudier-canada/travail.html>

de leur communauté ici au Québec, car les nouvelles dans les diasporas vont vite et elles ont peur que leurs familles apprennent la réalité de leur situation. Elles se culpabilisent et ressentent le poids du fardeau familial; elles se sentent en échec complet et ne veulent pas faire porter la honte sur leur famille.

Elles sont donc des proies faciles pour tout ce qui est du crime organisé : isolées, seules, naïves, ne connaissant pas le système, facilement invisibles, peu ou pas de cercle sociale, sans issue, et sans statut... elles n'iront pas se plaindre aux policiers.

Les femmes plus âgées quant à elles ont des troubles de santé plus sévères. Elles ont souvent de la famille en Amérique du Nord, que ce soit au Canada ou aux États-Unis, mais n'ont plus ou peu de contact avec eux. Elles ont souvent pris leurs distances avec la famille : dû à leurs problématiques de santé mentale et relationnelle, elles ne peuvent pas travailler ou garder un travail stable; elles se sentent donc comme un poids pour leurs familles et s'excluent d'elles-mêmes. D'autres sont rejetées par les familles car la stigmatisation et les connotations religieuses liées à la santé mentale sont trop fortes pour les familles. Et puis il y a celles qui d'elles-mêmes quittent le noyau familial car trop dysfonctionnel.

Les femmes immigrantes qui vivent avec des problèmes de santé mentale et/ou de toxicomanie, doivent conjuguer avec les croyances religieuses et culturelles, ce qui décuple leurs difficultés et leur isolement. Les plus jeunes, celles de la 2^{ème} génération, quant à elles, vivent de plus avec les conséquences des chocs générationnels et culturels.

La maternité dans la rue

C'est une bien triste réalité, mais qui se vit régulièrement. Les femmes en état d'itinérance sont à risque de se retrouver enceintes.

Elles n'ont alors pas de logements, vivent entre la rue, quelques hébergements et pour certaines les piaules (anciennement appelées piqueries). Elles n'ont aucun suivi médical, ni pour elle ni pour leur grossesse.

Certaines voudraient prendre la décision de mettre fin à leur grossesse, mais elles ont besoin de soutien pour pouvoir arriver à le faire. Sans ce soutien, elles vont souvent attendre à la limite de temps permis pour un IVG (interruption volontaire de grossesse) ou vont aller à l'urgence en se plaignant de douleur afin de faire l'IVG immédiatement. N'oublions pas que pour ces femmes, le maintien de RDV est une très grande difficulté. La terminaison de grossesse devrait donc se faire quand elles se présentent. Pour donner un exemple : une de nos femmes était enceinte l'année dernière; elle a à peine

40 ans et a déjà eu 12 enfants, tous sous la protection de la DPJ. Cette fois-ci, grâce à notre soutien, elle a maintenu son RDV et l'IVG a été fait.

Certaines femmes disent vouloir un IVG, mais n'iront pas le faire : par manque de notion du temps qui passe, par déni, par confusion, par réalité quotidienne de vie, par complexité des démarches, par manque de carte d'assurance maladie, par besoin de consommation, etc.

Des femmes continuent de consommer, de vivre du travail du sexe et n'ont aucun suivi de grossesse. Si elles se retrouvent aux urgences de l'hôpital pour toute autre raison (agression physique, sexuelles, overdose, etc.) alors, elles ont un check-up de leur grossesse et du bébé. Si, à ce moment précis, tout va bien, alors elles se réconfortent et se déculpabilisent en se disant que tout va bien de manière générale pour leur grossesse et le bébé.

D'autres décident de mener leur grossesse à terme. La pensée magique que la DPJ ne leur enlèvera pas leur enfant les accompagne, elles croient qu'elles arrêteront subitement et magiquement la consommation et que leur vie prendra un cours normal. La grossesse devient alors porteuse de tous les espoirs, de tous les rêves, même s'ils ne se réaliseront pas. Les grossesses des femmes itinérantes sont à très hauts risques, autant pour elles-mêmes que pour le bébé. Plusieurs d'entre elles doivent subir des interventions médicales même pour une grossesse avancée afin d'y mettre fin : bébé mort intra-utérin, bébé n'ayant pas assez grandi donc non viable, accouchement prématuré, etc.

Leurs habitudes de vie ne changent pas, donc les bébés qui se rendent à terme et naissent vont souvent devoir faire un sevrage de drogues. Ces enfants, avec le temps démontreront des troubles du développement, des troubles de santé mentale, des troubles de santé relationnelle, des troubles de comportements, etc. À la naissance, ils sont immédiatement placés par la DPJ en famille d'accueil puis sur la banque mixte (enfants potentiellement adoptables).

Ces femmes enceintes subissent le jugement ultime de la société, et aussi par les pairs qui vivent la même réalité qu'elles. Partout où elles vont, elles subissent le jugement. Pourtant c'est l'idée miraculeuse de l'amour inconditionnel qui les a motivé à garder leur bébé : enfin un être qui va m'aimer pour moi; quelque chose de totalement inconnue pour elles, mais pourtant si nécessaire et si vitale. Pourtant dès la naissance de leur bébé, elles se le feront prendre par la DPJ. Cette nouvelle déchirure les plongera encore plus dans l'horreur de leur exclusion, accentuant encore plus l'autodestruction. Cette déchirure ne se refermera jamais. Parfois elles verront leur enfant quelques fois, si elles arrivent à maintenir leur RDV; mais leur processus d'autodestruction décuplé par cette déchirure les éloigne encore plus du maintien de RDV. Alors le cercle vicieux s'installe et se solidifie. Et elles vivront l'espoir qu'un jour elles retrouveront leur enfant

et que celui-ci leur pardonnera et les aimera inconditionnellement.... Et souvent, si tristement, il arrive que ce soit plus qu'un enfant et une déchirure qu'elles se font vivre....

Les femmes trans

En 2018, un des problèmes les plus criants reste celui des trans. Nous nous concentrerons ici sur les femmes dans un corps d'homme, peu importe s'il y a eu la transformation physique ou pas. Ces femmes se trouvent dans une situation où elles n'ont pratiquement aucune place. Rares sont les hébergements pour femmes qui les reçoivent si leur transformation n'est pas finalisée, et encore. Il est aussi impensable de leur demander d'aller dans les hébergements pour hommes car les risques d'agressions y sont réels. Elles se retrouvent dans un entre-deux avec aucune option devant elles.

Pourtant elles sont nombreuses et le nombre augmente. Comme toutes les autres femmes dans la rue, elles ont des troubles de santé mentale, des problèmes de consommation et subissent les mêmes violences.

Certaines d'entre elles vivent du travail du sexe. Leur réalité est bien triste et malheureusement il nous manque les ressources suffisantes pour leur venir en aide. À titre d'exemple, à La rue des Femmes, quand on leur offre de la thérapie et qu'elle l'accepte, nous voyons combien cela est aidant... enfin un espace pour qu'elles nomment leurs souffrances et leur réalité. Un accompagnement est essentiel à leur mieux-être.

10. Les Services à implanter

Corridor de service/parténariat

Certains organismes communautaires croulent sous la lourdeur des problématiques rencontrées. La prise en charge de ces femmes est un défi quotidien. Les notions de sécurité autant pour le personnel que pour les autres femmes est un enjeu de taille : comment réussir à toutes les aider sans compromettre la sécurité. Le personnel à l'intervention s'épuise car les ressources financières et le soutien institutionnel manquent.

Ces êtres brisés ne se reconnaissent pas dans l'approche médicale proposée, pourtant plusieurs ont un grand besoin de soins et de médicaments. La fracture est au plus profond de leur âme.

Ces personnes extrêmement fragiles sont complètement isolées de toute forme de relation familiale, sociale ou autre.

Nous sommes donc en première ligne dans les observations de leurs comportements. Nous sommes à même de remarquer la spirale de la désorganisation qui s'opère. Dès les premiers signes, nous portons une vigilance particulière. Nous tentons d'en comprendre les raisons et suivons l'évolution du processus. Si la désorganisation perdure et s'aggrave nous estimons avoir une responsabilité face à la dangerosité potentielle de la personne.

Simplement leur faire quitter la Maison Jacqueline, signifie tout bonnement de se débarrasser du problème : c'est attendre que la bombe explose ailleurs. Quand la situation devient incontrôlable ou trop à risque d'agression, nous faisons appel aux policiers et aux ambulanciers. Il nous faut, cependant, attendre des signes évidents et très clairs.

Trop souvent, quand la personne décompense et cause des dommages matériels et ou physiques, les policiers procèdent à son arrestation. La personne entre alors dans le processus judiciaire, une fois de plus.

Un partenariat, un corridor de services, spécifiques devrait être mis en place entre nos services et les services psychiatriques d'un centre hospitalier. Ce partenariat viserait à réduire la judiciarisation des personnes en état de crise : en prenant en charge la personne AVANT que les actes criminels ne surviennent.

Ces actes, imprévisibles dans leurs gestes, étaient par contre prévisibles dans le temps.

L'expertise que nous possédons à La rue des femmes, nous permet de pouvoir apprécier à même le degré de désorganisation et de dangerosité d'une personne dans la spirale de la décompensation.

Un corridor de service nécessiterait la reconnaissance de l'expertise de notre équipe d'intervention et une réelle collaboration basée sur la confiance et le respect mutuel de nos pratiques.

L'expertise des intervenantes : la santé relationnelle

Être intervenante auprès des personnes en état d'itinérance demande une expertise à tous les niveaux : santé relationnelle, toxicomanie, santé mentale, connaissance du milieu, des ressources, relations interculturelles, processus judiciaire, immigration, santé, premiers soins, Naloxone, criminologie, violence conjugale, relation d'aide, suivi de dossier, référencement, situation de crise, approche féministe (empowerment). Il faut connaître le système médical, juridique, de la DPJ, de l'aide sociale, des programmes scolaires et d'employabilité, etc.

L'itinérance est une problématique complexe qui touche toutes les facettes de la personne et de la société dans laquelle elle vit. À titre d'intervenante, nous devons

constamment nous ajuster à la réalité de la vie dans la rue. À La rue des femmes, les intervenantes reçoivent aussi du soutien, nécessaire afin de pouvoir faire face à autant de souffrance et de désespoir au quotidien.

Les moyens déjà en place

UPS Justice et les ordres de Cour sont relativement peu utilisés ou peu efficace pour ce type de clientèle : UPS Justice ne s'occupe que très peu des cas de toxicomanie et des troubles de la personnalité type trouble de la personnalité limite (TPL); les ordres de Cour pour une évaluation de 72 heures finissent trop souvent par une prescription orale de médicaments, ce qui, ne nous mentons pas, n'aura aucune suite. De plus, lorsque la consommation est trop présente, l'urgence ne fera que stabiliser la personne sous tranquillisants et la ressortira dès que celle-ci sera calme.

Les intervenantes ont aussi besoin d'avoir elles-mêmes du soutien afin de pouvoir faire face à autant de souffrance et de désespoir au quotidien.