

Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France

Depuis la fin des années 1990, pauvreté, précarité, exclusion, insertion ou réinsertion sont au cœur de tous les débats sociaux. De nombreuses enquêtes ont été menées auprès des populations sans-abri, de celles vivant en dessous du seuil de pauvreté ou de chômeurs, ayant notamment pour objectif d'étudier les interactions entre leurs conditions de vie et leur état de santé. C'est dans ce contexte qu'il est apparu intéressant de s'interroger plus particulièrement sur les comportements de consommations de drogues illicites des populations démunies et, inversement, sur les degrés de pauvreté, de précarité ou d'exclusion des usagers de drogues.

L'exclusion est difficilement mesurable

Les mots « pauvreté », « exclusion », « précarité », sont depuis quelques années couramment utilisés. Il convient ici de les définir. La pauvreté est une notion clairement établie : elle réside en l'insuffisance de revenus¹. La précarité se caractérise par la fragilité des situations² et englobe la notion de pauvreté : elle ne peut donc être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations et au regard de multiples dimensions. Le concept d'exclusion est, lui, d'emblée beaucoup plus difficile à cerner, tous les travaux de recherche le soulignent.

Pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2002), l'exclusion se définit comme un ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique (stigmates ou attributs négatifs) que sur le plan des relations sociales (ruptures de différents liens sociaux qui agrègent les hommes entre eux). L'exclusion est à la fois un processus, produit par un défaut de cohésion sociale, et un état, résultat d'un défaut d'insertion.

Le concept d'exclusion se caractérise par trois dimensions :

- économique : précarité vis-à-vis de l'emploi, insuffisance chronique ou répétée des ressources ;
- la non-reconnaissance : non usage des droits sociaux, droits civils, droits politiques ;
- les relations sociales : déstructuration sociale

et psychologique que la crise économique et les situations de non-droits engendrent chez les individus, familles ou groupes sociaux.

L'exclusion sociale est donc entendue comme une composante de l'exclusion et s'étudie généralement en interaction avec les deux autres dimensions.

En France, 300 000 personnes sont concernées par l'exclusion (0,4 à 0,5 % de la population totale, selon le Haut comité de santé publique, en 1998), 8 à 10 % de la population est concernée par la pauvreté (ONPES, 2001) et probablement 20 à 25 % par la précarité (HCSP, 1998).

Consommation de drogues et précarisation : des populations plus exposées que d'autres

Dans la population générale française, l'expérimentation et l'usage actuel de drogues illicites sont marginaux, à l'exception du cannabis. Il semble toutefois que la tendance générale soit légèrement orientée à la hausse (sauf pour l'héroïne), en particulier pour la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy.

La consommation de drogues illicites touche avant tout les jeunes pour qui, l'usage expérimental et intermittent de drogues est lié à la curiosité, au mimétisme et aux modes du groupe autant qu'à la disponibilité du produit et à l'opportunité de le consommer. L'usage intensif de drogues est, lui, associé à des caractéristiques individuelles ou familiales et à des statuts socio-économiques défavorables (Hartnoll, 2002).

Le HCSP (1998) soulève à plusieurs reprises dans son rapport l'interaction existante entre le

1. Néanmoins, selon l'Observatoire national de la précarité et de l'exclusion sociale (ONPES), la pauvreté n'est pas réductible au seul indicateur de type monétaire, mais concerne également d'autres aspects du quotidien comme le logement, la santé, la formation, le travail, la vie familiale.

2. « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Avis du Conseil économique et social du 11 février 1987 dans le rapport de Wresinski J., 1987).

processus de précarisation ou d'exclusion et la consommation de drogues illicites. Les comportements à risques et les consommations problématiques de drogues se développent généralement en même temps que le sentiment d'inutilité sociale et la dégradation de l'image de soi, l'aggravation de l'état de santé tant physique que mental. Cette information est confirmée par une enquête menée en Ile-de-France par Kovess et Mangin-Lazarus (1997) qui conclut que dépressions, troubles anxieux, problèmes de consommation d'alcool et de drogues sont plus souvent observés chez les bénéficiaires du RMI que chez les habitants d'Ile-de-France et davantage encore chez les personnes sans-abri.

Le rapport du HCSP poursuit en citant les termes « exclusion », « violence », « délinquance » et « toxicomanie » comme les traits les plus fréquemment associés aux banlieues. Dans certains cas cependant, et toujours à l'intérieur de zones de précarité, la présence de drogues peut être un moyen de s'insérer économiquement par l'intermédiaire de la microéconomie du trafic, d'obtenir un statut et une reconnaissance psycho-affective (Jamouille, 2001).

Néanmoins, remarquer que les conduites à risques et les consommations problématiques sont plus répandues dans les milieux défavorisés ne permet pas de déterminer si elles sont la conséquence d'un état de précarité ou sa cause. En effet, comme le note le Plan d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2001), l'utilisation et la consommation de produits illicites n'ont pas fait l'objet d'études systématiques dans ces milieux. Les informations dont on dispose concernent presque uniquement la consommation et le trafic de drogues chez les jeunes des quartiers sensibles ou les phénomènes d'alcoolisation chez les personnes sans-abri.

La consommation dans les populations exclues n'est pas un phénomène marginal

Il s'est avéré difficile de trouver des informations sur la consommation de drogues illicites des populations socialement exclues : les tendances de consommation d'alcool ou de tabac, *a contrario*, sont mieux renseignées en France.

Dans une étude menée à Paris en 1996 auprès de personnes sans-abri (Kovess et Mangin-Lazarus, 1997), 16 % déclarent avoir eu un usage ou une dépendance aux drogues durant leur vie et 10 % au cours des six derniers mois. L'Observatoire du Samu social avance des chiffres assez similaires : en 1998, 21 % des personnes fréquentant les centres d'hébergement d'urgence pour soins infirmiers (CHUSI) admettent prendre une substance illicite ou des médicaments (26 % en 1999). Les hommes en situation de précarité apparaissent, comme en population générale, bien plus concernés par des consommations répétées que les femmes.

Dans la population adulte en situation de grande exclusion, les drogues les plus consommées³ sont la cocaïne (22 %), le cannabis (20 %) et lorsqu'il existe une association de deux substances consommées, il s'agit préférentiellement de cocaïne et d'héroïne (OSS, 1998). Certaines personnes déclarent également prendre du Subutex® ou de la méthadone. Au sein de la population fréquentant les centres spécialisés en alcoologie : les personnes sans-abri sont deux fois plus nombreuses que les autres à consommer des produits psychoactifs autres que le tabac et l'alcool (30 % vs 15 %) dont l'héroïne (3 % vs 1 %), le cannabis (8 % vs 3 %) et d'autres produits psychoactifs multiples (8 % vs 1 %).

À titre de comparaison, en population générale (12-75 ans), la prévalence d'expérimentation de cocaïne est de 1,3 % et 0,2 % pour l'usage au moins occasionnel. L'usage du cannabis

se situe au même niveau pour les populations précarisées et la population générale (Beck, Legleye et Peretti-Watel, 2001).

Les prévalences de consommation sont variables selon l'âge, le niveau de revenu et la cause de l'errance. L'usage est plus fréquent chez les jeunes qui n'ont aucun revenu (30 % de la population sans-abri de moins de 30 ans est concernée). Par contre, les personnes de plus de 55 ans n'ont pratiquement aucun problème d'abus.

Les jeunes déscolarisés ou sans formation professionnelle ont des conduites à risques plus marquées que les jeunes scolarisés (HCSP, 1998). Quand ils sont sans domicile ou en situation de précarité, leur consommation de substances psychoactives est plus importante que celle des autres jeunes : 65 % consomment⁴ fréquemment du cannabis ou une autre drogue illicite (Amossé *et al.*, 2001) alors que chez les 14-18 ans en population générale l'expérimentation de produits psychoactifs autres que le cannabis reste inférieure à 5 % au cours de la vie (Beck *et al.*, 2000).

Le cannabis occupe une place centrale au sein des substances illicites chez les jeunes sans domicile, sa consommation répétée concernant plus de la moitié des enquêtés (Amossé *et al.*, 2001). La consommation répétée de substances illicites autres que le cannabis est très supérieure chez les jeunes sans domicile et lorsqu'ils ont consommé régulièrement un produit illicite autre que le cannabis, la consommation se révèle le plus souvent multiple (Amossé *et al.*, 2001).

Selon Paugam et Clemencon (2002), parmi les personnes s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion 17 % citent comme difficultés personnelles rencontrées à l'âge adulte des problèmes de drogues, la réponse la plus souvent donnée dans la même catégorie étant les problèmes de santé (33 %). Pour étudier l'engrenage des ruptures et le processus de précarisation, les personnes ont été interrogées sur les difficultés qu'elles ont rencontrées. Les problèmes de drogue arrivent en 11^e position (14 %) : la consommation de drogues ne semble donc pas être l'élément le plus important à la source du mécanisme de rupture.

Estimer l'exclusion sociale chez les usagers de drogues

Dans les années 1970, la prise en charge quasi-exclusive des toxicomanes dans un système spécifique, basé sur la gratuité et l'anonymat, a eu comme conséquence la négligence des aspects sociaux et le maintien de ces mêmes sujets dans un contexte d'exclusion sociale (Wieviorka, 1999). Ainsi, en matière de lutte contre les problèmes liés aux drogues, la France est passée en l'espace de quinze ans d'une approche individuelle des usagers et des risques à une vision considérant la problématique des prises de risques comme une conséquence de l'exclusion sociale (Joubert, 2000). La vision des toxicomanes en tant qu'exclus a ainsi pu contribuer à la mise en place de structures de « bas seuil⁵ ».

Plusieurs enquêtes menées auprès des usagers de drogues dans les structures d'accueil renseignent sur leur situation économique et sociale. Les méthodologies d'enquête sont différentes (exhaustif ou échantillonnage, lieu d'enquête, temps, date,

3. Parmi les personnes interrogées lors de leur consultation médicale en CHUSI et qui ont déclaré « prendre » de la drogue.

4. Avoir consommé au moins 5 fois le produit au cours de la vie.

5. Structures mises en place dans le cadre de la politique de réduction des risques, s'adressant à des usagers actifs précarisés (boutiques, *sleep-in*, programmes d'échange de seringues, équipes mobiles...).

structure, questionnaire), mais les résultats convergent : une population marginalisée d'usagers de drogues dont les conditions sanitaires et sociales se dégradent (les épidémies de Sida et d'hépatites ont largement contribué à cette détérioration) et dont les situations de précarité et d'exclusion sociale s'accroissent au fil des ans.

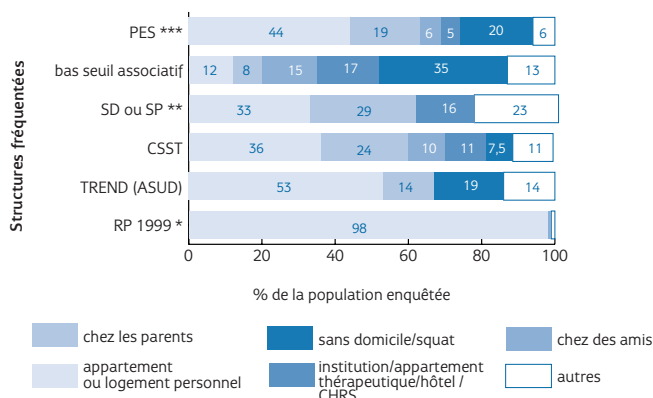
À titre d'exemple, l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) observe, entre 1991-1992 et 1996, une radicalisation des situations de précarité et d'errance : part croissante des bénéficiaires du RMI, importantes activités de mendicité, développement du travail sexuel, modification du marché avec des doses unitaires distribuées à petit prix, phénomènes de malnutrition dans les structures de « bas seuil ».

Les personnes fréquentant les structures d'accueil de soins spécialisés (CSST) en 1999 sont principalement des chômeurs (62 %), alors qu'ils représentent seulement 4 % de la population active totale française. 31 % des usagers pris en charge dans les CSST ont des revenus qui proviennent du travail, 33,4 % perçoivent le RMI ou l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ces chiffres sont très inférieurs en population générale pour les tranches d'âges concernées : 3,3 % de la population perçoit le RMI et 2 % l'AAH.

Si près de 68 % déclarent un logement stable (indépendant ou chez la famille), 23 % ont un logement précaire et 7,5 % sont sans logement (figure ci-dessous). L'isolement des usagers est plus marqué qu'en population générale : 55 % des patients usagers d'héroïne depuis plus de 18 mois traités en CSST sont célibataires alors que 35 % de la population française se déclarent célibataire dans le recensement de 1999, 32 % vivent en couple (figure ci-contre).

Les structures dites de « bas seuil », accueillent par définition et dans les faits un public plus marginalisé que celui des CSST (figure ci-dessous). La majorité des usagers de drogues est célibataire, environ 30 % vivent dans des situations « d'extrême pauvreté » et 50 % dans une situation d'hébergement précaire. De plus, 80 à 90 % n'ont aucun revenu provenant du travail et environ 30 % n'ont aucune couverture sociale. La moitié, voire plus, des personnes fréquentant les structures de « bas seuil » perçoit le RMI ou l'AAH : c'est par exemple le cas de 53 % des personnes contactées par les structures de « bas seuil » dans le cadre des enquêtes TREND (Tendances récentes sur les nouvelles drogues).

Comparatif des conditions de logements des usagers de drogues selon les structures fréquentées

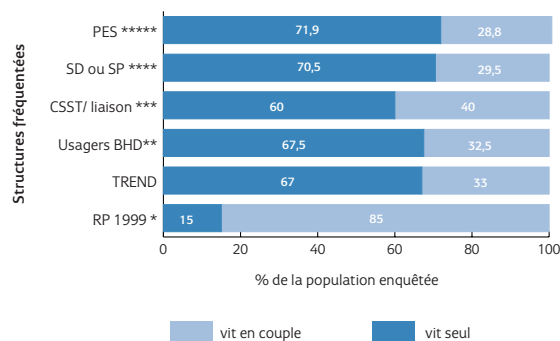


* RP 1999 : données pour l'Île-de-France tirées du recensement de la population française en 1999 menée par l'INSEE. Les rubriques appartement ou logement personnel et chez les parents sont confondues

** SD ou SP correspond à Sans domicile ou Structures de prévention

*** PES : Programme d'échange de seringues

Comparatif du statut marital des usagers de drogues selon les structures fréquentées



* RP 1999 : données pour l'Île-de-France tirées du recensement de la population française en 1999 menée par l'INSEE. La rubrique vit seul correspond aux ménages composés d'une seule personne ; la rubrique vit en couple correspond aux ménages composés de 2 personnes et plus

** étude d'une population de 779 usagers suivant un traitement de substitution BHD

*** CSST/liaison : données issues du programme OPPIDUM (CSST/équipe de liaison et quelque structures de « bas seuil »)

**** SD ou SP correspond à Sans domicile ou Structures de prévention

***** PES : Programme d'échange de seringues

Ces données d'enquêtes ont été confirmées par certains acteurs de terrain. Il s'avère en effet que les usagers sont fortement désocialisés parce que « la dépendance empêche le lien social » (association Sida parole) : « problèmes psychiatriques, mal-être, instabilité chronique, incapacité à nouer des relations, perte de la notion du temps, perte des capacités intellectuelles aggravent l'isolement » (association Le Trait d'union). La marginalisation est également soulignée par les institutions soignantes qui constatent l'augmentation des demandes d'aide matérielles et sociales, beaucoup plus fréquentes que les demandes d'aides sanitaires (Espoir Goutte d'or, 2001).

Conclusion

Il est important de noter que la statistique classique, a « du mal à cerner les populations en situation de pauvreté et de précarité. Ces dernières beaucoup plus que d'autres échappent à des enquêtes générales qui ont pour objet la description des structures de l'ensemble de la société et de son évolution » (ONPES, 2001, p. 43). On pose l'hypothèse que ces populations qui échappent aux enquêtes sont encore plus désocialisées que celles que l'on arrive à recenser. De plus, comme nous l'avons vu, la notion de « pauvreté-précarité-exclusion » ne se résume pas à l'aspect financier. Il est nécessaire de prendre en compte des facteurs de fragilité ou d'insécurité difficiles à évaluer. Seule une approche multidimensionnelle peut permettre d'englober les contours de la précarité.

Si les enquêtes réalisées auprès des populations sans-abri se sont développées ces dernières années, un nombre très faible a interrogé les enquêtés sur leurs comportements face aux drogues illicites. Par contre, les questions portant sur les consommations d'alcool ou de tabac sont plus fréquentes et mieux renseignées. Il est certain que dans les populations sans domicile ou en situation précaire les problèmes d'abus de drogues illicites sont moins fréquents que les consommations à risque d'alcool ou de tabac. Pour certains, si « la prévalence n'est pas plus élevée c'est uniquement une question de coût » (Association Sida parole et Laurent El Ghozi). On constate cependant que la plupart des substances illicites sont plus consommées qu'en population générale (héroïne, cocaïne, poppers, médicaments...), mais les données disponibles ne nous permettent pas d'effectuer une analyse plus poussée des comportements à risques.

Cet article est basé pour une part sur les profils socioéconomiques des usagers de drogues interrogés dans le cadre d'enquêtes ponctuelles et locales. Aucune étude ou recherche sur les conditions de vie de cette population n'a été menée au niveau national. Les biais ne sont donc pas négligeables : les usagers hors programme de substitution (Subutex® ou méthadone) ou hors programme d'échange de seringues (PES) sont plus rarement enquêtés, les rapports d'activités des associations intervenant en toxicomanie ne permettent qu'une analyse très localisée. Il apparaît néanmoins clairement que les usagers de drogues sont impliqués dans des processus d'exclusion plus ou moins graves. Dans le cadre de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions (du 29 juillet 1998), les dispositifs d'accès aux droits, d'accueil et de réinsertion sociale pour les personnes en difficulté ont été largement étendus et l'on peut penser que les usagers de drogues ont directement bénéficié de ces améliorations. Un bilan chiffré reste cependant à établir.

Il est nécessaire d'améliorer la connaissance du sujet (avec par exemple, lors d'enquêtes, des questionnaires plus précis sur les conditions de vie des usagers qui couvriraient les domaines sociaux, professionnels et financiers) pour mieux rendre compte de l'étendue du problème et des éventuels impacts des mesures mises en place pour y faire face.

Dominique Lopez ■

► Pour en savoir plus

Principales enquêtes et recherches utilisées dans cet article

■ Enquêtes auprès des populations exclues ou sans-abri fournissant des informations sur les consommations de drogues de la population enquêtée KOVÉSS (V.) et MANGIN-LAZARUS (C.), « La santé mentale des sans-abri à Paris : résultats d'une enquête épidémiologique », *La Revue française de psychiatrie et de psychologie mentale*, n° 9, 1997, p. 17-23.

FACY (F.), DALLY (S.) et RABAUD (M.), « Alcoolisme et précarité », in : *Précarisation et risques de santé*, p. 350-363, JOUBERT (M.), CHAUVIN (P.), FACY (F.), RINGA (V.) (dir.), Paris, INSERM, 2001, 474 p.

AMOSSE (T.), DOUSSIN (A.), FIRDION (J.-M.), MARPSAT (M.) et ROCHEREAU (T.), *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998*, Série Résultats, Biblio n° 1355, CREDES, Paris, 2001, 85 p.

Observatoire du Samu social, *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*, OSS, Paris, 1998 et 1999, 7 p.

PAUGAM (S.) et CLEMENCON (M.), *Détresse et ruptures sociales : Résultats de l'enquête OSC/Fnars « personnes en détresse »*, Synthèse, Paris, 2002.

Également deux ouvrages :

JOUBERT (M.), CHAUVIN (P.), FACY (F.), RINGA (V.), dir, « Précarisation, risque et santé », Paris, INSERM, 2001, 474 p.

DECLERCK (P.), « Les naufragés. Avec les clochards de Paris », Paris, Plon, 2001, 457 p.

■ Enquêtes auprès de la population toxicomane fournissant des informations sur le statut socioéconomique et les degrés d'exclusion de la population

TELLIER (S.), Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en 1999, collection statistiques, documents de travail n°19, DRESS / ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.

IREP (ed.), *Étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite. Rapport de synthèse*, 1996.

FACY (F.), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK, Paris, 1999, 127 p.

EMMANUELI (J.), LERT (F.), et VALENCIANO (M.), *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringue en France*, OFDT/INSERM/U 88/InVS, Paris, 1999, 62 p.

Direction générale de la santé, Rapport d'activité des CSST, Paris, 1999.

BELLO (P.-Y.), TOUFIK (A.), GANDILHON (M.) et GIRAUDON (I.), *Tendances récentes : rapport TREND*, OFDT, Paris, 2002, 167 p.

CEIP, données issues du programme OPPIDUM, 1999 et 2000.

OFDT, *Évaluation du dispositif Bus Méthadone*, Paris, OFDT, 2000, 142 p.

VIDAL-TRECAN (G.) et BOISSONNAS (A.), *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage, analyse des déviations de son utilisation*, OFDT, Paris, 2001, 75p.

■ Des entretiens ont été effectués auprès de :

Laurent El Ghozi (Maire-adjoint chargé de la Santé à Nanterre, expert PRAPS) ;

l'association Sida Parole (Mr Pino Mitrani) ;

l'association Le trait d'Union (Mmes Baldet et Barbot).

► Références bibliographiques

BECK (F.), LEGLEYE (S.) et PERETTI-WATEL (P.), « Drogues illicites : pratiques et attitudes », p. 237-274, in : GUIBERT (P.), BAUDIER (F.) et GAUTIER (A.) (eds.), *Baromètre santé Jeunes, volume II, Résultats*, CFES, Vanves, 2001, 473 p.

BECK (F.) et al., « Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 ; évolutions 1993-1999 », *Tendances*, n° 6, février 2000, 6 p.

Espoir Goutte d'Or, *Rapport d'activité 2001*, Paris, 2001.

Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rapport de février 1998, Paris, ENSP, 1998, 368 p.

HARTNOLL (R.), « Mesurer la prévalence et l'incidence de la consommation de drogues », *Objectif Drogues*, n° 3, mai-juin 2002, 4 p.

JAMOULLE (P.), « Enquête de terrain auprès des professionnels », *Psychotropes*, n° 7, (3-4), 2001, p. 11-29.

JOUBERT (M.), « Usage de drogue, sida et exclusion sociale en France », *Transcriptase*, n° 86, 2000, p. 5-8.

Le Trait d'union, *Bilan d'activités 2001*, Paris, 2001, 61 p.

MARPSAT (M.) et FIRDION (J.-M.), « Une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement », *Société contemporaine*, n° 30, 1998, p. 111-140.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Plan national d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, La Documentation française, Paris, 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Les mots de l'action sociale*, consultable sur le site internet : www.santé.gouv.fr, 2002.

Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Rapport 2000*, Paris, La Documentation française, 2001, 128 p.

WIEVIORKA (S.), *Les toxicomanes dans la cité. Avis et rapport du Conseil économique et social*, Paris, Éditions des Journaux Officiels, 1999, 162 p.

*Vous pouvez consulter cette publication sur Internet (<http://www.drogues.gouv.fr>, rubrique : « Pour en savoir plus/synthèses et dossiers thématiques »)
An english version of this publication will be available soon on Web at this URL : <http://www.drogues.gouv.uk/index.html> (professional knowledge/specific themes)*

Tendances

Directeur de la publication : Jean-Michel Costes ■ Comité de rédaction : Claude Faugeron, Claude Got, Roger Henrion, Monique Kaminski, Pierre Kopp, France Lert, Thomas Rouault, Marc Valleur ■ Rédaction : Julie-Émilie Adès, François Beck, Pierre-Yves Bello, Hassan Berber, Thierry Delprat, Cristina Diaz-Gomez, Michel Gandilhon, Isabelle Giraudon, Stéphane Legleye, Dominique Lopez, Hélène Martineau, Alexandra Morotte, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Abdalla Toufik, Laure Vaissade ■ Secrétariat de rédaction : Thierry Delprat ■ Maquettiste : Frédérique Million ■ Documentation : Anne de l'Épervier et Laurence Callard ■ Impression : Imprimerie Piraault-Cassegrain — 18 rue Blaise Pascal - BP 74 - 79 003 Niort ■ ISSN 12956910 ■ Dépôt légal à parution ■

