Insertion sociale et usages d'alcool et de drogues illicites

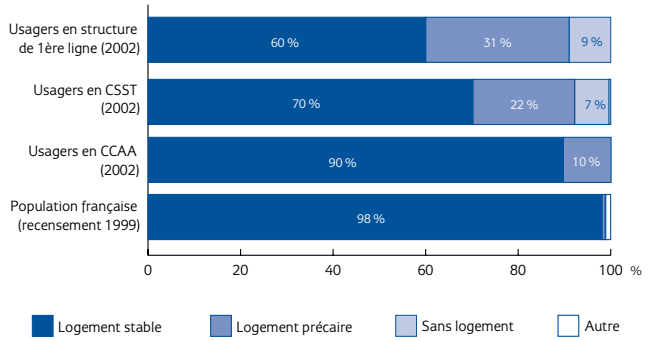
Les usagers de drogues se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de la population française. Mais l'état exact de leur situation est difficile à cerner. Les caractéristiques socio-économiques révélées lors du passage des usagers de drogues dans les dispositifs d'accueil permettent d'estimer les niveaux d'insertion, tout en sachant que ces structures (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, Centres de soins spécialisés pour toxicomanes, structures de première ligne…) s'adressent à différents usagers. Des éléments sur les consommations et les dépendances aux drogues recueillies auprès de personnes précarisées permettent de compléter ce bilan.

Situation économique des personnes prises en charge

CCAA : un patient sur deux en activité

En 2002, les patients fréquentant les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) sont principalement des hommes (77 %), âgés de plus de 40 ans pour la majorité. La moitié des consultants a une activité professionnelle stable (52 %), 30 % ont une activité précaire ou sont demandeurs d'emploi et les 18 % restants ne sont pas en situation d'exercer une activité (retraités, personnes handicapées…). Ils sont 10 % à ne pas avoir de logement stable : cette part est en baisse continue depuis 1995 [Graphique 10] [20].

Graphique 10 : Répartition des usagers de drogues selon le type de logement et les structures fréquentées (2002), en comparaison avec l'ensemble de la population française (1999)



Sources : TREND/Première ligne 2003, OFDT ; rapports d'activité des CSST, 2002, DGS/OFDT ; rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie 2002, DGS/OFDT ; recensement de la population française 1999, INSEE

Exclusion et toxicomanie, existe-t-il une relation entre les deux ?

Aucune étude n'a démontré que les personnes avec un niveau de vie faible consomment plus de substances psychoactives (alcool ou drogues illicites) que les personnes plus riches : les habitudes de consommation et les produits consommés peuvent varier, mais les niveaux de consommation excessives sont similaires dans les deux populations. Cependant, dès lors que les usages problématiques de substances psychoactives s'inscrivent durablement chez des personnes vivant en milieu défavorisé ou issues de minorités ethniques, la détérioration des conditions de vie s'ensuit presque inévitablement. De même, parmi les personnes déjà en situation d'errance, une polyconsommation associant l'alcool et d'autres substances psychoactives aggrave encore leur vulnérabilité [88]. Néanmoins, pour les personnes qui vivent dans la rue, les produits sont une « aide » qui permet de supporter le reste : « le recours aux produits psychoactifs apparaît comme un moyen de supporter les difficultés et ce recours est lui-même porteur de difficultés supplémentaires en induisant une précarité précoce » [89].

CSST : modification de la situation des nouveaux patients

Les patients des Centres de soins pour toxicomanes (CSST) sont relativement plus jeunes que dans les CCAA, puisque 80 % ont moins de 40 ans [19]. Ceux disposant d'un logement stable sont majoritaires (70 % en 2002), part en progression depuis 1998 [Graphique 10].

Depuis 1998, la part des patients salariés a augmenté (36 % en 2002 contre 26 % en 1998) et le pourcentage des bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) a diminué (17 % en 2002 contre 24 % en 1998) [Tableau 16]. Rares sont les individus qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale (4 %), du fait de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU).

Structures de première ligne : fragilité professionnelle des « injecteurs »

Dans les structures de première ligne, qui accueillent essentiellement des usagers actifs, le public rencontré est composé à 80 % d'hommes. Les niveaux de scolarisation sont bas : 9 % seulement des usagers de drogues ont un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat. Si 95 % des personnes déclarent bénéficier d'une couverture sociale, pour 55 % d'entres eux, il s'agit de la CMU [37].

Tableau 16 : Répartition des nouveaux patients accueillis en CSST suivant le type de ressources, 1998 et 2002

	1998	2002
Revenus du travail	26,3 %	36,0 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	14,3 %	12,2 %
Revenu minimum d'insertion (RMI)	23,9 %	17,2 %
Allocation adulte handicapé (AAH)	5,5 %	4,7 %
À la charge d'un tiers	17,0 %	19,0 %
Autres	13,0 %	10,9 %
Total Ressources	100,0 %	100,0 %

Source : Rapports d'activité des CSST, DGS/OFDT

Depuis quelques années, la population fréquentant les structures de première ligne rajeunit. On trouve dans ces structures de plus en plus de jeunes âgés de moins de 25 ans qui ont à faire face à des conditions de vie plus précaires que leurs aînés : 6 sur 10 déclarent vivre dans un logement précaire ou ne pas avoir de logement, 37 % n'ont aucune ressource [37].
Si les injecteurs se caractérisent par un niveau de formation plus faible et une situation professionnelle plus problématique que les non-injecteurs, ces derniers sont plus nombreux à être sans ressources (plus de 50 % des injecteurs perçoivent des aides : RMI, Allocation adulte handicapé (AAH), aide de proches…) [Tableau 17]. En revanche, il n'existe pas de situation significativement différente entre ces sous-populations pour ce qui concerne le logement ou la couverture sociale. Si environ 20 % vivent dans un logement précaire (en institution ou chez des proches), 30 % vivent dans des camions, des squats ou dans la rue. Grâce à la CMU, une grande majorité (90 %) bénéficie d'une couverture sociale [37].

Tableau 17 : Répartition des personnes fréquentant les structures de première ligne en fonction de leur pratique d'injection au cours de la vie et de leurs ressources, 2003

	Injecteurs[1]	Non-injecteurs
Emploi	26,0 %	31,3 %
Allocation d'indemnisation chômage (ASSEDIC)	8,6 %	9,6 %
Aide (RMI, AHH, aide de proche…)	51,7 %	40,2 %
Aucune ressource	13,7 %	18,9 %
Total	100,0 %	100,0 %

(1) S'être injecté au moins une fois dans la vie

Source : TREND/Première ligne 2003, OFDT

Consommations problématiques des personnes en situation de précarité

La question du lien exclusion-toxicomanie peut également être abordée en s'intéressant aux consommations de drogues des populations précarisées. Dans les centres de soins de Médecins du monde (MDM) et en dehors des programmes spécifiques menés auprès des usagers de drogues, des consommations problématiques de produits psychoactifs ont été identifiées chez les patients. Ainsi, parmi les personnes démunies venues dans un centre de MDM pour y recevoir des soins, 11 % déclarent une dépendance à l'alcool, 26 % au tabac, 5 % aux médicaments, 5 % au cannabis et 2 % à d'autres produits psychoactifs [90].
Les personnes dépendantes au cannabis ou à d'autres produits psychoactifs sont majoritairement des hommes, âgés de 20 à 29 ans, alors que la moyenne d'âge des hommes dépendants à l'alcool est plus élevée, entre 30 et 39 ans. Ils sont dans des situations plus précaires que la population de ces mêmes centres qui ne déclare pas de dépendance : ils sont plus souvent seuls, sans logement, sans travail ou victimes de maltraitances [90, 91].
Alors que la majorité des personnes accueillies dans les centres de soins sont de nationalité étrangère (85 %), celles qui déclarent avoir une consommation abusive de substances sont principalement de nationalité française. La prépondérance de ces problèmes parmi les personnes de nationalité française a déjà été mise en exergue dans d'autres études [92, 93]. Il a également été démontré que les consommations abusives d'alcool des patients étrangers évoluaient en fonction de leur durée de séjour en France : au fur et à mesure que leur présence sur le territoire s'allonge, leur comportement tend à rejoindre celui des patients de nationalité française. Ce rapprochement pourrait s'interpréter en terme d'acquisition progressive des habitudes de vie du pays résident [90, 94].

Repères méthodologiques

Bases consultations et patients des CASO ; Rapports d'activité du dispositif spécialisé en alcoologie ; Rapports d'activité des CSST ; TREND/Première ligne.