

## 16. Exclusion sociale et réintégration

### 16.1 Définition et concepts

#### a) définitions et concepts utilisés en France

La pauvreté est l'insuffisance de revenus<sup>65</sup>. La précarité, plus difficile à définir, est la fragilité des situations<sup>66</sup> 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. Et si le concept de précarité peut être défini, mais non mesuré, celui de l'exclusion est lui d'emblée beaucoup plus difficile à cerner. Tous les travaux de recherche le soulignent, « *l'exclusion n'est pas isolée par une sorte de « cordon sanitaire » de ceux qui seraient insérés dans la société ; il y a un continuum de situations, un ensemble de positions dont les relations avec le centre sont plus ou moins distendues* » (ONPES 2001, p. 49).

On attribue généralement l'origine du terme d'exclusion sociale à René Lenoir mais Paugam (1996) observe que la notion d'exclusion était déjà présente dans les écrits des années soixante. « *Un seul point fait l'accord des observateurs : l'impossibilité de définir les exclus à l'aide d'un critère unique* » Weinberg et Ruano-Borbalan (1993).

Pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité, l'exclusion se définit comme étant un ensemble des 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 (Ministère de l'emploi et de la solidarité 2002a).

Le concept d'exclusion se caractérise par 3 dimensions :

- la sphère 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.

A l'inverse, l'insertion est un processus qui conduit une personne à trouver une place reconnue dans la société. Elle peut prendre plusieurs figures : insertion professionnelle (remise en contact avec le marché du travail, réadaptation), insertion sociale (accompagnement social de la personne), ou encore insertion sociale globale qui se caractérise par un ensemble d'actions d'accompagnement personnalisé visant un effet global d'interventions croisées (emploi, soins, logement, culture, éducation).

En France, 300 000 personnes sont concernées par l'exclusion (0,4 à 0,5 % de la population totale, selon le HCSP 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).

---

<sup>65</sup>Selon l'ONPES. Néanmoins, 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. Les seuils de pauvreté et de grande pauvreté sont déterminés par l'INSEE.

<sup>66</sup>« *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).

### **Problèmes mis en avant ou discutés dans le pays concernant l'exclusion / inclusion sociale en relation avec les drogues.**

Le HCSP (1998) soulève à plusieurs reprises dans son rapport l'interaction existante entre le 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 la dégradation de l'image de soi et le sentiment d'inutilité sociale. Dépressions, troubles anxieux, problèmes de consommation d'alcool et de drogues augmentent lorsque l'on passe des habitants d'Ile de France, aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) logés puis aux personnes sans-abris (Marpsat et Firdion 1998 selon une enquête réalisée en Ile de France par Viviane Kovess).

Le rapport cité poursuit en citant les termes « exclusion », « violence », « délinquance » et « toxicomanie » comme les traits les plus fréquemment associées aux banlieues.

Dans certains cas cependant, et toujours à l'intérieur de zones de précarité, la présence de drogue peut être un moyen de s'insérer économiquement par l'intermédiaire de la microéconomie du trafic, d'obtenir un statut et une reconnaissance psychoaffective (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 la cause. En effet, comme le note le plan d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale (Ministère de l'emploi et de la solidarité 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-abris.

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 15 ans d'une approche individuelle des usagers et des risques à une vision considérant la problématique des prises de risque comme une conséquence de l'exclusion sociale (Joubert 2000). La vision des toxicomanes en tant qu'exclus a pu contribuer à la mise en place de structures « bas seuils ».

### **Groupes identifiés comme particulièrement vulnérables concernant la consommation de drogues :**

Chez beaucoup de jeunes l'usage expérimental et intermittent de drogues est lié à la curiosité, au mimétisme du groupe et aux modes du groupe autant qu'à la disponibilité du produit et à l'opportunité de le consommer (Hartnoll 2002).

L'usage intensif de drogue est, lui, associé à des caractéristiques individuelles ou familiales et des statuts socioéconomiques défavorables. On retrouve également souvent chez le consommateur des problèmes comme les maladies mentales ou la délinquance.

## Facteurs de risques liés à la consommation problématique de drogues

- ✓ Caractéristiques individuelles – génétique, métabolisme, personnalité
- ✓ Famille désunie / dysfonctionnements familiaux
- ✓ Faible statut socio-économique / marginalisation sociale / chômage
- ✓ Autres problèmes sociaux et psychologiques – difficultés précoces scolaires, faible estime de soi, dépression
- ✓ Premier usage précoce – particulièrement en association avec d'autres problèmes scolaires
- ✓ Exposition répétée à la disponibilité des produits – particulièrement au sein de groupes vulnérables connaissant d'autres facteurs de risques
- ✓ Manque d'informations claires et pertinentes sur les risques pour la santé.

Source : Hartnoll 2002.

A partir des facteurs énumérés dans la figure 1, une typologie des populations les plus exposées peut être réalisée. Si l'on retient uniquement les critères reliés aux situations socioéconomiques et familiales défavorables, des sous-populations sont facilement identifiables : jeunes, chômeurs, personnes ou ménages percevant les minima sociaux et/ou le RMI, immigrés ou étrangers, personnes sans résidence stable. Ces mêmes groupes ont été identifiés comme particulièrement vulnérables face au processus d'exclusion ou celui de l'errance.

On sait également que la population incarcérée ou sortant de prison, les personnes dans le cercle de la prostitution ont des prévalences de consommation plus élevées qu'en population générale.

### 16.2 Tendance de la consommation de drogues et conséquences observées dans les populations socialement exclues : prévalence et tendance de la consommation, comparaison par rapport à la population générale

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 sur un échantillon de 838 personnes sans domicile (Kovess et Mangin-Lazarus 2000) 16 % des personnes déclarent un usage ou une dépendance aux drogues sur la vie entière et 10 % dans l'année. Au cours de leur vie entière, 33,9 % ont eut des problèmes d'usage de substances ou de dépendance. L'Observatoire du Samu Social (1998, 1999) avance des chiffres assez similaires : 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). Comme dans l'ensemble de la population, les hommes en situation de précarité apparaissent comme en population générale, bien plus concernés par des consommations répétées de drogues que les femmes.

Dans la population adulte en situation de grande exclusion, les drogues les plus consommées sont la cocaïne (22 % en 1998 et 33 % en 1999), le cannabis (20 % et 28 % en 1999) et lorsqu'il existe une association de deux substances consommées, il s'agit préférentiellement de cocaïne et d'héroïne (OSS 1998, 1999). Certaines personnes déclarent prendre du Subutex® ou de la méthadone (7 % des personnes fréquentant les CHUSI).

A 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 (1 français sur 5 ou 21 % des 12-75 ans l'ont expérimenté mais seulement 7,6 % en ont consommé au cours de 12 derniers mois) (Beck 2000).

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, la consommation de substances psychoactives est plus importante que chez les autres jeunes : 65 % consomment fréquemment du cannabis ou une autre drogue illicite alors que chez les 14-18 ans en population générale l'expérimentation de produits psychoactifs autres que le cannabis reste inférieur 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). Cette substance se retrouve en population générale où la moitié des jeunes de 14-18 ans déclarent l'avoir expérimenté, néanmoins, l'usage répété n'en concerne que 20 % (Beck *et al.* 2000). La consommation répétée d'au moins une des substances illicites autres que le cannabis est très supérieure chez les jeunes sans domicile : lorsqu'ils ont consommé régulièrement un produit illicite autre que le cannabis, la consommation se révèle le plus souvent multiple : 65 % ont consommé de façon répétée au moins deux substances, 34 % au moins trois.

### **16.3 Relation entre exclusion sociale et consommation de drogues**

#### *Indicateurs d'exclusion sociale dans les populations spécifiques de consommateurs de drogues en comparaison avec la population générale*

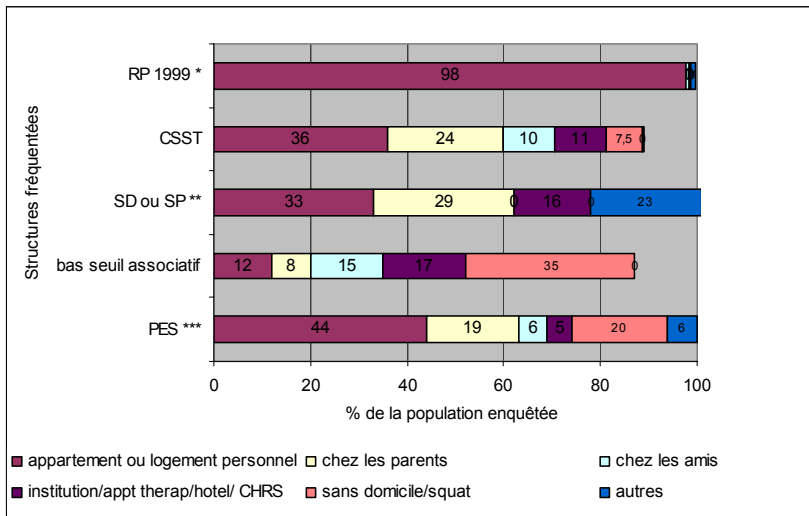
Plusieurs enquêtes menées auprès des usagers de drogues dans les structures d'accueils renseignent sur leur situation économique et sociale (CEIP, DGS 1999, Facy 1999, IREP 1996, Tellier 2001). Les méthodologies d'enquête sont différentes (exhaustif ou échantillonnage, lieu d'enquête, temps, date, structure, questionnaire) mais les résultats aboutissent à la même tendance : une population d'usagers de drogue marginalisée pour laquelle 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.

A titre d'exemple, l'IREP (1996) 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 à « bas seuil ».

Les personnes fréquentant les structures d'accueil de soins spécialisés (CSST) en 1999 sont principalement des chômeurs (62 % en 1999 d'après Tellier 2001), à titre de comparaison, les chômeurs représentent environ 4 % de la population active totale française. 31,4 % des usagers pris en charge dans les CSST ont des revenus qui proviennent du travail, 13 % reçoivent l'allocation chômage, 33,4 % perçoivent le RMI ou l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et 12 % sont à la charge d'un tiers (DGS 1999) mais la plupart disposent d'une couverture sociale. Ces chiffres sont très inférieurs en population générale pour les tranches d'âges concernées : 3,3 % de la population perçoit le RMI et 2,1 % l'AAH.

Si près de 68 % déclarent un logement stable (indépendant ou famille), 23 % ont un logement précaire et 7,5 % sont sans logement (DGS 1999) (figure 2).

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



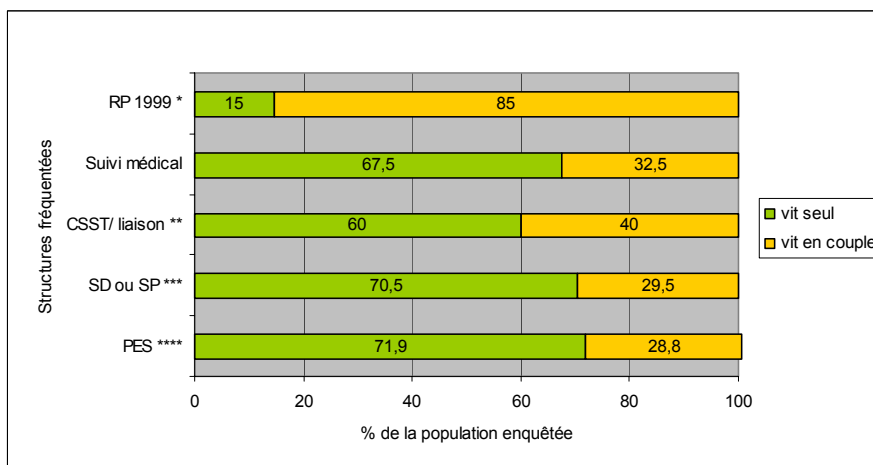
\* RP 1999 : Recensement de la population française en 1999 menée par l'INSEE pour la région Ile de France. Les rubriques appartement ou logement personnel et chez les parents sont confondues.

\*\* SD ou SP correspond à Sans domicile ou Structures de prévention (IREP 1996).

\*\*\* PES : Programme d'Echange de Seringues (Emmanueli *et al.* 1999).

Environ 60 % des patients usagers d'héroïne depuis plus de 18 mois traités en CSST sont célibataires (35 % de la population française se déclare célibataire dans le recensement de 1999), moins de 40 % vivent en couple (figure 3). Ils vivent rarement seuls (13 %), leur entourage habituel est un conjoint (36 %), des enfants (25 %), des parents (45 %), de la famille (29 %) ou des amis (32 %) (Facy 1999).

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



\* RP 1999 : Recensement de la population française en 1999 menée par l'INSEE pour la région Ile de France. 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.

\*\* CSST/ liaison : données issues du programme OPPIDUM (CSST/ équipe de liaison et quelque structures bas seuil) (CEIP 2000)

\*\*\* SD ou SP correspond à Sans domicile ou Structures de prévention (IREP 1996)

\*\*\*\* PES : Programme d'Echange de Seringues (Emmanueli *et al.* 1999).

Dans les structures faisant de l'accueil dit de « bas seuil » le public rencontré est plus marginalisé que celui qui fréquente les CSST (Bello *et al.* 2002, Emmanuelli *et al.* 1999, Espoir Goutte d'Or 2001, Le trait d'Union 2001, OFDT 2000). La majorité des usagers de drogues sont célibataires, 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 « bas seuil » perçoivent le RMI ou l'AAH : ces allocations sont des ressources potentielles permettant d'avoir une couverture sociale mais le niveau de vie reste précaire.

Les usagers sont fortement désocialisés parce que « la dépendance empêche le lien social » (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 » (Le Trait d'Union). La marginalisation est confirmée par les institutions soignantes qui soulignent l'augmentation des demandes d'aide matérielles et sociales, beaucoup plus fréquentes que les demandes d'aides sanitaires (Espoir Goutte d'Or 2001, IREP 1996).

*données issues de la recherche sur l'exclusion sociale (comme un risque ou une conséquence de consommation de drogues)*

De nombreux auteurs ont montré que les difficultés économiques et sociales se traduisent souvent par une aggravation de l'état de santé tant physique que mentale et par l'adoption de comportements à risque (Marpsat et Firdion 1998).

Les comportements de consommation dans les populations exclues ou sans domicile, apparaissent, pour les femmes comme pour les hommes, fortement liés au type d'hébergement : la proportion de consommateurs de substances illicites est moins importante dans les lieux d'hébergement collectif institutionnalisé que dans les hébergements « indépendants » (Amossé *et al.* 2001).

10 % à 20 % de la population sans abris est concernée par l'usage de drogues, mais les problèmes sont variables selon certaines caractéristiques sociodémographiques essentiellement l'âge, le niveau de revenu et la cause de l'errance (Kovess et Mangin-Lazarus 1997). L'usage est plus fréquent chez les jeunes qui n'ont aucun revenu (30 % de la population sans abris de moins de 30 ans est concernée). Ces jeunes, placés dans leur enfance pour 1/3 d'entre eux ou en conflit familial grave, présentent des troubles de personnalité de type labile (impulsif ou limite). Par contre, les femmes consomment beaucoup moins que les hommes (tout comme en population générale) et les personnes de plus de 55 ans n'ont pratiquement aucun problème d'abus.

Une comparaison a été réalisée entre les personnes sans domicile accueillies dans les centres spécialisés en alcoologie et les autres personnes (Facy *et al.* 2001) : il s'avère que les personnes sans abris sont deux fois plus nombreuses à consommer des toxiques autres que le tabac et l'alcool (30 % vs 15 %) dont l'héroïne (3 % vs 1 %), le cannabis (8 % vs 3 %) et des toxiques multiples (8 % vs 1 %).

Paugam et Clemencon (2002) ont déterminé que parmi l'ensemble des difficultés personnelles rencontrées à l'âge adulte par les personnes s'adressant aux services d'accueil, d'hébergement et d'insertion, 27 % citent les problèmes d'alcool et 17 % les problèmes de drogues, la réponse la plus souvent donnée dans la même catégorie sont des 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. Ce sont la chute des ressources ou la perte du logement qui sont les plus souvent nommées. Les problèmes de drogue arrivent en 11<sup>ème</sup> position (14 %) : la consommation de drogue ne semble donc pas être l'élément le plus important à la source du mécanisme de rupture.

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. On constate cependant que « *la plupart des substances illicites sont consommées (héroïne, cocaïne, poppers, médicaments...) et si la prévalence n'est pas plus élevée c'est uniquement une question de coût* » (Sida Parole, Laurent El Ghozi).

## 16.4 Solution politiques et programmes de réintégration

*Politiques autour des problèmes de l'exclusion sociale et ses implications pour des réponses à l'exclusion sociale*

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 s'articule autour de quatre axes (Ministère de l'emploi et de la solidarité 2002b):

- garantir l'accès aux droits fondamentaux : le droit à l'emploi, au logement, l'accès aux soins, à l'éducation et à la culture ;
- prévenir les exclusions en sortant d'une logique exclusive d'assistance pour aller vers la prévention : traitement du surendettement, maintien dans le logement, améliorer les moyens d'existence des plus démunis, permettre l'exercice de la citoyenneté... ;
- faire face à l'urgence sociale en accroissant l'efficacité des réponses à l'urgence sociale. Pour cela, il s'avère nécessaire de renforcer et d'étendre la dispositif de veille sociale mais également de coordonner les dispositifs d'aides financières d'urgence ;
- mieux agir ensemble en passant d'une logique administrative classique à la prise en charge individuelle de la personne.

Dans ce cadre, le gouvernement a lancé trois types d'actions qui permettent de lutter, plus particulièrement, contre les inégalités sociales en matière de santé. La Couverture Maladie Universelle (CMU) permet d'assurer à tous une couverture de sécurité sociale et facilite pour les plus démunis l'accès à une couverture complémentaire. La deuxième action, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) visent à protéger les personnes qui vivent dans une situation précaire et qui connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé : il s'agit d'adapter dans chaque région l'offre de prévention et de soins<sup>67</sup>. La dernière action concerne les établissements privés et publics de santé participant au service public hospitalier : les permanences d'accès aux soins (PASS) adaptées aux personnes en situation de précarité<sup>68</sup>.

Dans le cadre de l'application de la loi relative à la lutte contre les exclusions, les dispositifs d'accès aux droits, d'accueil et de réinsertion sociale pour les personnes en difficulté ont été largement étendus. Les usagers de drogues ont directement bénéficié de ces améliorations mais aucun chiffre n'est disponible sur cette population plus spécifique.

*Éléments de traitement centrés sur la réintégration à l'intérieur des services spécialisés en matière de drogue*

Le dispositif français de prise en charge se compose de plusieurs types de structures : CSST, centres de soins en ambulatoire, centres avec hébergement collectif, réseaux d'appartements thérapeutiques, structures d'hébergement de transition ou d'urgence, réseaux de familles d'accueil, centres de soins en milieu pénitentiaire. Néanmoins, « *le dispositif d'accueil et de soins a longtemps privilégié une approche psychologique et médicale au détriment d'une approche sociale. Il apparaît nécessaire de s'intéresser*

---

<sup>67</sup> Sur les 26 régions, 4 seulement ont défini dans leurs priorités de mieux prévenir et prendre en charge les dépendances.

<sup>68</sup> Ils dispensent des soins curatifs ou palliatifs, veillent à la continuité des soins à l'issue de l'admission des personnes en difficulté ou de leur hébergement et doivent être en mesure d'accueillir les personnes en situation de précarité de jour comme de nuit.

*aux problèmes familiaux et sociaux des usagers [...] Il ne s'agit donc pas de créer des dispositifs d'insertion spécifiques qui s'ajouteraient à ceux qui existent déjà mais de mieux utiliser les dispositifs existants* ». MILDT 1999 (p. 79 et suivantes).

Le même document (MILDT 1999), contient des recommandations pour une meilleure politique de réduction des risques à l'égard des usagers les plus marginalisés :

- renforcer et poursuivre le développement des structures de réduction des risques et des structures (boutiques, « sleep-in », équipes mobiles de proximité, programme d'échange de seringues (PES), distributeurs automatiques) ;
- donner un cadre à la politique de réduction des risques en élaborant un cahier des charges qui permettra de l'intégrer aussi bien dans le dispositif spécialisé de soins que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé ;
- définir le rôle et le statut des ex-usagers de drogue travaillant dans les structures de réduction des risques.

Les actions déjà engagées depuis 1999 en matière d'accueil, d'orientation, de soin, et d'insertion comprennent notamment<sup>69</sup> :

- la création de 20 équipes de liaison hospitalière ;
- le développement des traitements de substitution (amélioration de l'accessibilité et de la qualité de la prise en charge)
- la réduction des risques (10 boutiques, 2 « sleep-in », 18 PES, 72 distributeurs de seringues, 4 équipes mobiles de proximité) ;
- les soins aux usagers de drogues en prison ;
- la formation des médecins au sevrage tabagique.

*Actuellement, 387 organismes (y compris le secteur associatif) spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie sur 1345 ont comme domaine d'activité l'insertion<sup>70</sup> (DATIS 2002). Parmi ces structures, 40 dispensent de l'aide juridique, 26 font de l'hébergement social, 38 structures mènent des programmes d'insertion par le travail, 22 permettent d'avoir des nuités d'hôtel et enfin 354 font du suivi socio-éducatif<sup>71</sup>. Il est à noter qu'il existe de fortes disparités régionales.*

Enfin, en dehors des programmes et modes d'interventions établis par le plan triennal de la MILDT et le plan national de lutte contre les exclusions, des actions peuvent être réalisées dans le secteur de l'insertion et des dépendances par l'intermédiaire de certains projets mis en place au niveau communal, départemental ou régional : contrats de ville, grands projets de ville (dont le projet européen URBAN), contrats locaux de sécurité ou d'insertion (CLS ou CLI), contrats éducatifs locaux (CEL), comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), programme départemental d'insertion (PDI), programmes départementaux de prévention (PDP), programmes régionaux de santé (PRS)...

---

<sup>69</sup> Au 1<sup>er</sup> juin 2002

<sup>70</sup> Les autres domaines d'intervention peuvent être : les soins, la prévention ou l'hébergement et ne sont pas exclusifs les uns des autres. A titre comparatif, 690 structures offrent des soins, 969 font de la prévention, 187 de l'hébergement thérapeutique (une activité n'excluant pas les autres).

<sup>71</sup> Il peut y avoir plusieurs activités d'insertion par structure.



## *Programmes de réintégration spécifique concernant les anciens consommateurs de drogues*

Neant

### *Résultats de l'évaluation*

En 1999, la MILDT (1999) a identifié trois populations pour lesquelles la prise en charge est à construire et à renforcer : les parents usagers de produits et leurs enfants, les adolescents et la population incarcérée.

Pour la toxicomanie, comme pour l'exclusion, les processus sont multidimensionnels, ils ne touchent pas que les « exclus » mais également des catégories diversifiées de population encore dans des réseaux sociaux et institutionnels. A l'heure actuelle, ces dernières n'ont été que très faiblement concernées par la réduction des risques ou d'autres actions de la politique de lutte contre les drogues (Joubert 2000).

L'OFDT et son collègue scientifique réalisent actuellement l'évaluation du plan triennal 1999-2001 de la MILDT.

## **16.5 Informations méthodologiques**

### *limites des données disponibles*

Il est important de noter que la statistique classique, et de ce fait toutes les informations chiffrées, ont « 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). 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.

C'est au travers des profils socioéconomiques des usagers de drogues interrogés dans le cadre d'une enquête, que nous avons pu établir ce rapport. En effet, aucune étude ou recherche plus spécifique, au niveau national, sur les conditions de vie de cette population n'a été menée en France. Les biais ne sont donc pas négligeables : les usagers hors programme de substitution (Subutex® ou méthadone) ou hors PES sont plus rarement enquêtés, les rapports d'activités des associations intervenant dans le domaine de la toxicomanie ne permettent qu'une analyse très localisée.

### *Principales enquêtes et recherches*

Enquêtes auprès des populations exclues ou sans-abris<sup>72</sup> : CFI-Pâque, dispositif 16-25 ans : jeunes en insertion (1994) ; Kovess et Mangin-Lazarus (1997) ; Facy *et al.* (2001) ; Amossé *et al.* (2001) ; Observatoire du Samu social de Paris (1998 et 1999) ; Paugam et Clemencon (2002).

Enquêtes auprès de la population toxicomane<sup>73</sup> : Tellier S. (2001 mais également de 1987 à 1997 et 1999) ; IREP (1996) ; Facy (1999) ; Emmanuelli *et al.* (1999), DGS (1999), Bello *et al.* (2002, mais aussi 2001 et 2000) ; Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP, programme OPPIDUM 1999 et 2000), OFDT (2000).

---

<sup>72</sup> Ne sont citées ici que les enquêtes fournissant des informations sur les consommations de drogues de la population enquêtée.

<sup>73</sup> Ne sont citées ici que les enquêtes fournissant des informations sur le statut socioéconomique et les degrés d'exclusion de la population enquêtée.

### *Références bibliographiques*

- Amossé, T., Doussin, A., Firdion, J-M., Marpsat, M., Rochereau, T. (2001). 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.
- Beck F. (2000). Usages de drogues illicites, *In* : Baromètre santé premiers résultats 2000. CFES, Paris.
- Beck, F., Peretti-Watel, P., Choquet, M., Hasseler, C., Ledoux, S. (2000). Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 ; évolutions 1993-1999. Tendances ,6, 6 p.
- Bello, P-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. (2002). Tendances récentes : rapport TREND. OFDT, Paris. A paraître.
- DATIS (2002). Répertoire des structures spécialisées. Consultable sur le site internet : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)
- Direction Générale des Services (1999). Rapport d'activité des CSST. DGS, Paris.
- DRESS (2000). Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1999 édition 2000, Collection études et statistiques. La Documentation française, Paris.
- Emmanuelli, J., Lert, F., et Valenciano M. (1999). Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringue en France, étude n°18. OFDT, INSERM U88, InVS, Paris
- Espoir Goutte d'Or (2001). Rapport d'activité 2001. Paris
- Facy, F. (1999). Toxicomanes et prescription de méthadone. EDK, Paris.
- Facy, F., Dally, S., Rabaud, M. (2001). Alcoolisme et précarité, *In* : précarisation et risque de santé, Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (ed), pp. 350-363. INSERM, Paris.
- Haut Comité de la Santé Publique (1998). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rapport de février 1998. Edition ENSP, Paris.
- Hartnoll, R. (2002). Mesurer la prévalence et l'incidence de la consommation de drogues. Objectif Drogues, 3, 4 p.
- Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (ed.) (1996). Etude 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. IREP, Paris.
- Jamoulle, P. (2001). Enquête de terrain auprès des professionnels. Psychotropes, 7, (3-4), 11-29.
- Joubert, M. (2000). Usage de drogue, sida et exclusion sociale en France. Transcriptase, (86), 5-8.
- Kovess, V. et Mangin-Lazarus, C. (1997). La santé mentale des sans abris à Paris : résultats d'une enquête épidémiologique. La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, (9), 17-23.
- Kovess, V. et Mangin-Lazarus, C. (2000). Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans abris à Paris : abus et dépendance à l'alcool et aux drogues. Alcoologie et Addictologie, 22, (2), 121-129.
- Le Trait d'Union, (2001). Bilan d'activités 2001. Paris.
- Marpsat, M. et Firdion J-M. (1998). Une typologie de l'utilisation des services et du mode d'hébergement. Société contemporaine, (30), 111-140.
- MILDT (ed.) (1999). Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001. MILDT, Paris.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité (2001). Plan national d'action français contre la pauvreté et l'exclusion sociale. La Documentation française, Paris.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité (2002a). Les mots de l'action sociale. Consultable sur le site internet : [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr).

- Ministère de l'emploi et de la solidarité (2002b). Présentation du programme et de la loi de prévention et de lutte contre les exclusions. Consultable sur le site internet : [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr).
- Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale (2001). Rapport 2000. La Documentation française, Paris.
- Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (ed.) (2000). Evaluation du dispositif Bus Méthadone Paris. OFDT, Paris.
- Observatoire du Samu social de Paris (ed.) (1998). Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes. OSS de Paris, Paris.
- Observatoire du Samu social de Paris (ed.) (1999). Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes. OSS de Paris, Paris.
- Paugam, S. (1996). L'exclusion : l'état des savoirs, Collection textes à l'appui. La Découverte, Paris.
- Paugam, S. et Clemençon, M. (2002). Détresse et ruptures sociales : Résultats de l'enquête OSC/Fnars « personnes en détresse », Synthèse. OSC, Paris.
- Tellier, S. (2001). Prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999, Collection Statistiques, document de travail n°19. DRESS / Ministère de l'emploi et de la Solidarité, Paris.
- Weinberg, A. et Ruano-Borbalan, J.-C. (1993). Comprendre l'exclusion. Sciences Humaines, **28**, 12-15.
- Wieviorka, S. (1999). Les toxicomanes dans la cité. Avis et rapport du Conseil Economique et Social. Les éditions des Journaux Officiels, Paris.