



emcdda.europa.eu

Social exclusion and reintegration

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

En Suède, les jeunes de 12 à 21 ans présentant de graves difficultés psychosociales souvent associées à des éléments de comportement délinquant et à l'usage de substances psychoactives, peuvent être placés dans des établissements de traitement sans leur consentement. Les méthodes de traitement comprennent la thérapie environnementale, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie cognitive comportementale et, pour la toxicomanie, la méthode en 12 étapes. En remplacement de la prison, les jeunes délinquants seront pris en charge dans le cadre d'un traitement de soins pour la jeunesse en établissement fermé⁽¹⁸⁶⁾ en vertu de la loi sur les soins destinés à la jeunesse (dispositions spéciales). Pour plus d'informations sur les solutions en matière de traitement, voir en page 49.

Exclusion sociale et réinsertion

Définitions et concepts

D'après la dernière enquête sur la précarité et l'intégration sociales⁽¹⁸⁷⁾, la proportion de la population européenne à risques en termes de pauvreté et d'exclusion sociale varie entre 9 et 22 % (Conseil européen, 2001). Les personnes considérées comme étant socialement exclues sont celles qui «ne peuvent participer pleinement à la vie économique, sociale et citoyenne et/ou dont l'accès à un revenu et à d'autres ressources (personnelles, familiales, sociales et culturelles) est inadapté au point qu'elles ne peuvent bénéficier d'une qualité et d'un niveau de vie considérés comme acceptables par la société dans laquelle elles vivent» (Gallie et Paugam, 2002).

L'exclusion sociale peut ainsi être définie comme la conjonction d'un manque de ressources économiques, d'un isolement social et d'un accès limité aux droits sociaux et civiques. Il s'agit d'un concept relatif au sein de toute société déterminée (CEIES, 1999) qui représente une accumulation progressive de facteurs sociaux et économiques au cours du temps. Les facteurs qui peuvent contribuer à l'exclusion sociale sont les difficultés liées à l'emploi, à l'éducation et au niveau de vie, à la santé, à la nationalité, à l'abus de drogues, aux différences entre les sexes et à la violence (Conseil européen, 2001; rapports nationaux, 2002).

L'usage de drogues peut être considéré soit comme une conséquence, soit comme une cause d'exclusion sociale (Carpentier, 2002): la consommation de drogue peut entraîner une détérioration des conditions de vie, mais d'un autre côté, les processus de marginalisation sociale peuvent constituer une raison pour commencer à se droguer. Néanmoins, la relation entre la toxicomanie et l'exclusion sociale n'est pas nécessairement une relation causale, car l'exclusion sociale «ne s'applique pas à tous les consommateurs de drogues» (Tomas, 2001).

En tenant compte de cette complexité, on peut analyser à la fois la consommation de drogues chez les populations socialement exclues et l'exclusion sociale chez les toxicomanes (graphique 22).

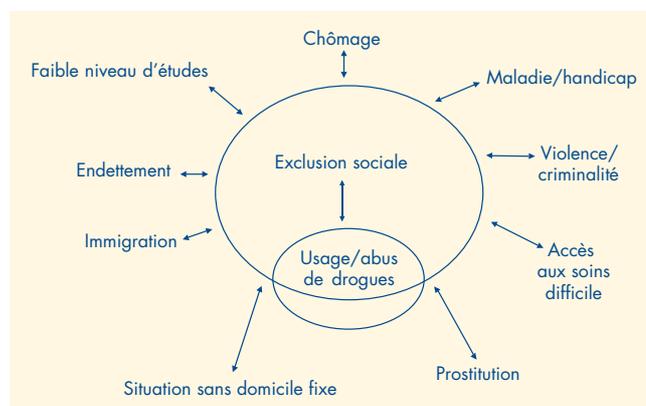
Modèles de consommation de drogues et conséquences observées chez les personnes socialement exclues

D'après les ouvrages et les travaux de recherche sur le sujet, les populations suivantes sont généralement considérées comme étant en danger d'exclusion sociale: les détenus, les immigrants⁽¹⁸⁸⁾, les sans-abri, les prostitués et les jeunes vulnérables. Il convient de tenir compte des distorsions et des limites méthodologiques des informations présentées sur l'usage et les modèles de consommation de drogues chez les groupes socialement exclus, en raison du manque de sources d'information et de données comparables dans toute l'Europe.

Les études ont montré une relation étroite entre l'incarcération et la consommation de drogues (voir également p. 34). Une grande partie des détenus étaient des consommateurs de drogues avant d'être incarcérés, et le motif de leur incarcération est souvent lié à l'usage de drogues. Cependant, certains suivent un parcours inverse et commencent à se droguer seulement après leur entrée en prison à la suite d'un délit. D'après des études, entre 3 et 26 % des usagers de drogues dans les prisons européennes commencent à se droguer en prison, et entre 0,4 et 21 % des UDVI incarcérés commencent à s'injecter des drogues au cours de leur séjour en prison. L'usage de drogues au sein de la prison est très courant: jusqu'à 54 % des détenus déclarent consommer des drogues pendant leur incarcération, et jusqu'à 34 % d'entre eux déclarent s'injecter des drogues en prison (Stoeber, 2001; OEDT, 2002a).

La relation entre «les Noirs et les minorités ethniques» et l'usage de drogue est moins évidente, étant donné le peu d'informations dont on dispose. Il n'existe aucune donnée scientifique prouvant que la consommation de drogues est plus élevée chez les immigrants que dans la population générale. Cependant, certaines études portant sur des minorités ethniques déterminées ont révélé une proportion d'usagers de drogues à problèmes

Graphique 22 — Relation entre l'exclusion sociale et l'usage de drogues



⁽¹⁸⁶⁾ Voir <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Eurobaromètre 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_fr.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Selon l'OEDT (2002b), les immigrants sont définis comme «les Noirs et les minorités ethniques» et comprennent des populations immigrantes provenant de diverses communautés vivant dans les pays de l'UE.

parmi ces groupes supérieure à celle existant dans la population générale: c'est le cas parmi les Inghers en Finlande (dont 1 à 2 % sont des toxicomanes, notamment des héroïnomanes), les Kurdes en Allemagne, les Gitans en Espagne et plusieurs groupes ethniques aux Pays-Bas (Vrieling et al., 2000) (189).

La raison de ce fait pourrait être une combinaison de facteurs de handicap social, par exemple un manque de maîtrise de la langue locale, des difficultés liées au chômage et au logement, des conditions de vie difficiles et un manque de ressources économiques (rapports nationaux 2002).

Concernant les modèles de consommation de drogues, on relève des différences entre les groupes ethniques. L'usage du khat est signalé uniquement chez les populations somaliennes et les Noirs africains, tandis que l'héroïne est fumée par les immigrants du Suriname et du Bangladesh. Par ailleurs, chez les Gitans d'Espagne, la consommation de drogues semble débuter à un âge plus précoce (2 ou 3 ans plus jeune) que dans la population autochtone (Eland et Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

D'après les rapports, les personnes sans domicile fixe sont également plus exposées au risque de consommation de drogues. Bien que l'on ne dispose pas de données comparables dans l'ensemble de l'Europe sur la relation entre le fait d'être sans abri et l'usage de drogues, des études spécifiques ont été menées dans de nombreux pays et l'usage de drogues est signalé comme un problème fréquent chez les sans-abri (rapports nationaux, 2002). Le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni signalent qu'une proportion allant jusqu'à 80 % des sans-abri vivant dans des foyers d'hébergement est toxicomane; et les taux de prévalence sont encore plus élevés chez les personnes vivant dans la rue ou les sans-abri ayant d'autres problèmes sociaux. Par exemple, selon une petite enquête réalisée en Irlande, 67 % des ex-détenus sans domicile fixe sont des toxicomanes (Hickey, 2002). Chez les sans-abri, l'héroïne est la drogue la plus fréquemment utilisée, devant la cocaïne et la polytoxicomanie. D'autres comportements à risques, tels que la consommation de drogues par voie d'injection et le partage des seringues, sont également signalés comme étant élevés chez les sans-abri (190).

Chez les jeunes gens vulnérables, on signale une consommation de drogues fréquente; une forte prévalence a été relevée chez les enfants qui ont connu des difficultés familiales, sociales ou scolaires. Une forte prévalence de l'usage de drogues a été enregistrée chez les enfants de toxicomanes: les taux de consommation de drogues au cours de la vie chez les enfants dont les parents ont consommé des drogues au cours de l'année précédente sont sensiblement plus élevés que ceux du groupe «non

vulnérable» (prévalence au cours de la vie de 37-49 % contre 29-39 % chez les enfants de parents non consommateurs) (191). D'après plusieurs études, les enfants qui ont souffert de maltraitance sexuelle ou physique au sein de leur famille présentent un risque plus élevé de consommer des drogues une fois adultes (Liebschutz et al., 2002). Au Portugal, les jeunes victimes de maltraitance et de violence familiales seraient sept fois plus exposés au risque de consommer de l'héroïne que les jeunes dans la population générale (Lourenço et Carvalho, 2002). Au Royaume-Uni, les «jeunes fugueurs» (192) semblent être plus exposés au risque de toxicomanie. Les taux de consommation de drogues au cours de la vie sont 2 à 8 fois supérieurs à ceux des jeunes qui n'ont jamais fugué. Les drogues les plus utilisées sont le crack, l'héroïne et les solvants. Les difficultés scolaires sont un autre facteur de risque de consommation de drogues: une forte prévalence de l'usage de drogues est relevée chez les enfants qui ne fréquentent pas l'école (Amossé et al., 2001), chez ceux qui fréquentent des maisons de redressement (40 % des écoliers fréquentant ces maisons de redressement en Finlande ont eu un problème de dépendance à un moment donné, chez 16 % d'entre eux cette dépendance était liée aux drogues) (Lehto-Salo et al., 2002) et chez ceux qui présentent un faible niveau scolaire (13,5 % en Norvège) (Vestel et al., 1997).

Chez les prostitués, l'usage de drogues est souvent la motivation de l'acte de prostitution, mais peut également en être une conséquence (comme c'est le cas pour d'autres facteurs liés à l'usage de drogues). Les modèles de consommation de drogues varient selon que la prostitution est survenue avant ou après la toxicomanie. D'après une étude qualitative italienne portant sur les prostitués de rue, lorsque ceux-ci commencent à se droguer afin de résoudre des difficultés liées à la prostitution, ils consomment principalement de l'alcool, des tranquillisants ou d'autres médicaments psychoactifs; en revanche, lorsque la toxicomanie est la première motivation de la prostitution, l'héroïne est la principale drogue utilisée (Calderone et al., 2001).

Les résultats de recherches ou les données sur les autres groupes socialement exclus sont plus difficiles à obtenir; le Danemark signale que parmi les patients des services psychiatriques, 50 à 60 % sont des toxicomanes, probablement en raison de la grande disponibilité des drogues et du fait que ces patients ont l'habitude de prendre des médicaments psychoactifs (rapport national, 2002).

Relation entre l'exclusion sociale et l'usage de drogues

On dispose de données plus fournies sur la situation sociale de la population sous traitement. Les facteurs socio-économiques liés à l'usage de drogues sont les suivants: un faible niveau d'études, une sortie précoce du système scolaire et un abandon précoce de

(189) Tableau 19 EL — Répartition des problèmes de dépendance primaire (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis et jeux d'argent) aux Pays-Bas chez les immigrants et les autochtones.

(190) D'après le ministère de l'intérieur britannique, au Royaume-Uni, plus d'un tiers des sans-abri ont consommé de l'héroïne et un cinquième ont consommé du crack par injection. Au cours du mois précédent, plus de 10 % sont susceptibles d'avoir utilisé la seringue de quelqu'un d'autre ou d'avoir transmis à d'autres leur propre seringue (Carlen, 1996; Goulden et Sondhi, 2001).

(191) D'après une enquête menée en Angleterre et au pays de Galles en 1998-1999 sur un échantillon de 4 848 jeunes gens (Goulden et Sondhi, 2001).

(192) D'après l'unité contre l'exclusion sociale du cabinet du Premier ministre adjoint britannique, un «jeune fugueur» est défini comme «un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans qui passe sans permission une nuit ou plus hors de son domicile familial ou de son foyer, ou qui a été contraint de partir par ses parents ou les personnes chargées de l'élever» (unité contre l'exclusion sociale, 2002).

la scolarité, le chômage, une faible rémunération et un travail difficile; de faibles revenus et l'endettement, la précarité du logement et la situation de sans-abri, la mortalité et les maladies liées à la drogue, un accès réduit aux soins, et la stigmatisation sociale (tableau 5).

On note des différences importantes dans la situation sociale des consommateurs de drogues en fonction de la substance et des modèles de consommation de drogues. Les situations sociales les plus difficiles sont relevées chez les héroïnomanes et les usagers d'opiacés ainsi que chez les toxicomanes chroniques.

Quarante-sept pour cent de l'ensemble des patients sous traitement en 2001 ne sont jamais allés à l'école ou n'ont achevé que leur scolarité primaire; des taux élevés de sortie précoce du système et d'abandon sont également fréquents chez les usagers de drogues. On relève des différences en fonction de la drogue principale consommée et selon les pays ⁽¹⁹³⁾: ce sont les consommateurs d'opiacés (en particulier les héroïnomanes) qui présentent le plus bas niveau d'études (rapports nationaux 2002).

En raison de la précarité de leur situation sociale, les usagers de drogues rencontrent également des difficultés liées à leur situation professionnelle; leur taux de chômage est très élevé en comparaison de celui de la population générale [47,4 % chez les patients sous traitement pour toxicomanie contre 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ dans la population générale]; il est difficile pour eux de trouver un

emploi et il est rare que les toxicomanes conservent longtemps un poste ou progressent dans une carrière (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. La précarité de l'emploi pouvant entraîner des problèmes financiers, les toxicomanes ont fréquemment un revenu faible ou ne disposent d'aucune ressource financière (32 à 77 % des patients sous traitement survivent grâce aux aides sociales). L'endettement est également fréquent.

Les conditions de vie des usagers de drogues sont souvent réputées très modestes: 10,4 % des patients vivent dans un logement précaire et 7,5 % dans un établissement. Par ailleurs, bon nombre de pays signalent une forte proportion de sans-abri (jusqu'à 29 %) chez les toxicomanes ⁽¹⁹⁶⁾.

Concernant la nationalité, les caractéristiques sont le reflet de la structure de la population générale ⁽¹⁹⁷⁾: les patients sont principalement des ressortissants du pays où ils sont admis en traitement, et le nombre de patients provenant d'autres pays (européens ou non) correspond à la proportion d'étrangers dans la population générale. Cependant, il est bon de rappeler que dans certains pays il n'est pas permis d'enregistrer la nationalité/l'origine ethnique des patients; par conséquent, ces informations ne sont pas toujours disponibles.

Outre les conséquences directes des drogues sur la santé (voir p. 24 et 28), les usagers de drogues peuvent trouver difficile d'accéder aux soins en raison d'une répugnance à traiter avec les services ou d'un faible niveau d'études, d'un manque d'acceptation de la part des services médicaux généraux et de problèmes de santé spécifiques pour lesquels on ne dispose pas toujours de soins appropriés.

Enfin, les usagers de drogues souffrent d'une image sociale négative et peuvent être confrontés à l'hostilité de la population générale et des autorités. D'après une étude menée dans une prison de Vienne, il arrive que les usagers de drogues soient victimes de violences et de mauvais traitements de la part des agents de police ou d'autres fonctionnaires (Waidner, 1999).

Réinsertion sociale

Des mesures de lutte contre l'exclusion sociale chez les groupes connaissant ou non des problèmes de toxicomanie et contre les conséquences sociales de la consommation et de l'abus de drogues sont proposées dans les pays européens et en Norvège.

Sur le fondement de la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) (Conseil de l'Union européenne, 2000) et d'une étude spécifique sur la réinsertion sociale dans l'UE et en Norvège (OEDT, 2003b), la réinsertion sociale pourrait être définie comme «tout effort d'intégration pour les toxicomanes dans la communauté».

Les interventions de réinsertion sociale s'adressent à la fois aux usagers de drogues à problèmes actuels et anciens, couvrant une

Tableau 5 — Situation sociale (niveau scolaire, situation professionnelle, logement) des patients sous traitement dans les États membres de l'UE en 2001

Situation sociale		Usagers de drogues sous traitement (% valable) ⁽¹⁾
Niveau d'études (n = 98 688)	N'a jamais fréquenté l'école/ n'a pas achevé le cycle primaire	8,0
	Primaire	43,6
Situation professionnelle (n = 100 000)	Chômeur	47,4
	Économiquement inactif	9,6
Logement (n = 41 299)	Logement précaire	10,4
	Établissements	7,5

⁽¹⁾ Les pourcentages sont calculés sur le nombre total de cas signalés dans chaque catégorie; le total additionné n'est pas égal à 100 %, étant donné que seules les valeurs qui présentent un intérêt pour ce chapitre ont été rapportées (n'a jamais fréquenté l'école, chômeur, etc.); pour consulter les chiffres complets, voir le graphique 55 EL — Niveau d'études de l'ensemble des patients par pays; le graphique 56 EL — Situation professionnelle de l'ensemble des patients par pays; et le graphique 57 EL — Conditions de vie de l'ensemble des patients par pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox — Données IDT de 2001.

⁽¹⁹³⁾ Graphique 55 EL — Niveau d'études de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁴⁾ Moyenne des taux de chômage dans les 15 États membres (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Graphique 56 EL — Situation professionnelle de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁶⁾ Graphique 57 EL — Conditions de vie de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁷⁾ Graphique 58 EL — Nationalité des patients par pays.

