

12. Vulnerable groups of young people.

Avant propos.

L'attention de l'OEDT a été attirée depuis quelques années, au travers des différents rapports nationaux publiés, par le terme récurrent d'usages de drogues des populations dites jeunes et vulnérables. La principale difficulté de l'analyse réside dans la définition de cette notion de vulnérabilité, couvrant de nombreuses facettes et n'ayant pas fait l'objet d'une définition standardisée, chaque étude sur le sujet en posant plus ou moins librement ses propres limites. Qu'entend-on par vulnérabilité?

A ce titre, trois grands axes se détachent: s'agit-il de groupes d'individus présentant des caractéristiques spécifiques qui les exposent plus particulièrement à un risque – ici, l'usage régulier ou problématique de substances psychoactives? Désigne-t-elle une population qui au contraire est déjà passée à l'acte et a expérimenté, se trouvant en situation de détresse psychologique, sociale, économique et/ou sanitaire? Ou bien encore des (ex-)usagers en cours de prise en charge mais qui, tout au long de ce processus complexe, présentent encore une fragilité certaine les exposant à une rechute?

Chacune de ces questions est valide en soi, et illustre la diversité des populations définies comme vulnérables. En outre chaque approche propose des sources d'information et une méthodologie qui leur sont propres, et qui seront présentées. On ne saurait donc en hiérarchiser l'intérêt, et moins encore justifier le choix d'une des possibilités énoncées plutôt qu'une autre. Cette décision sous-tend l'organisation choisie, à travers laquelle sont déclinés les apports quantitatifs des enquêtes en population générale; du qualitatif via les résultats du dispositif TREND; et ceux du recueil de données RECAP.

I. L'apport des enquêtes en population générale.

Grâce aux enquêtes régulièrement menées en population générale adolescente, on sait aujourd'hui que les expérimentations de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy ont vu leur niveau progresser depuis 2000 au point que, pour le cannabis, la France se situe en tête des pays européens. En 2005, à 17 ans, quatre adolescents sur dix en ont fumé au cours de l'année passée et 5% en fument tous les jours (+25% d'augmentation par rapport à 2003). De même, le niveau d'expérimentation de la cocaïne a quasiment triplé entre 2000 et 2005 pour atteindre 2,5 %, si bien que ce produit fait désormais partie, avec le cannabis, le poppers, l'ecstasy et les amphétamines, des produits les plus expérimentés à la fin de l'adolescence, souvent consommés dans des contextes festifs.

Les usages de drogues licites et illicites apparaissent de plus en plus précoces : l'âge moyen d'expérimentation de la cigarette s'est abaissé ces dernières années, alors même que le tabagisme baisse, et l'âge moyen d'expérimentation du cannabis est passé de 15,3 ans pour les jeunes de 17 ans interrogés en 2000 à 15,1 ans en 2005 ($p < 0.05$) (Beck et al. 2000, Legleye et al. 2007). Or la précocité est reconnue depuis longtemps comme un des éléments les plus prédictifs de la survenue d'abus ou de dépendances ultérieures (Aarons et al. 1999; Robertson et al. 1996) et un déterminant important de problèmes sociaux et de santé majeurs, notamment par la perturbation des compétences sociales qu'elle induit (Kandel 1996; Kandel et al. 1986; Pandina et al. 1990; Pandina et al. 1983).

Cependant, si l'expérimentation de drogues croît, rares sont les jeunes qui développent une dépendance. Pour les usagers occasionnels qui ne poursuivront pas leur « carrière » d'usagers au-delà de l'adolescence, les risques sont liés à la survenue d'un accident (routier, par exemple), à des problèmes avec la police et la justice, ou encore à des relations sexuelles non protégées sous l'emprise de l'alcool ou de drogues illicites. Pour les autres, qui représentent une minorité, la consommation s'intensifie et peut engendrer des problèmes de santé et des difficultés sociales caractéristiques des parcours de toxicomanie. Les

recherches ont identifié une série de facteurs de risque (ou de vulnérabilité) qui peuvent favoriser ce basculement, liés à des caractéristiques individuelles (troubles mentaux) ou familiales et environnementales, souvent corrélées les unes aux autres (Hawkins et al. 1992; Lloyd 1998; Petraitis et al. 1998). Certaines approches vont au-delà de cette définition, en considérant les usages de drogues comme un facteur de vulnérabilité en soi. Ainsi, en 1998, le Haut Comité de la Santé Publique identifiait, parmi les situations de vulnérabilité, les « conduites de consommation » de produits psychoactifs, classées parmi les conduites à risque, soulignant que les adolescents seraient par nature vulnérables et que les effets de cette vulnérabilité primaire viendraient se cumuler aux effets dommageables imputables à l'usage de drogues (Haut Comité De La Santé Publique 1998).

La vulnérabilité est une notion relationnelle, relative et volatile, difficile à définir. Appliquée à un groupe social, elle se comprend en référence à d'autres groupes sociaux qu'on suppose moins vulnérables. Cette relativité intrinsèque se double d'une relativité quant au type de risques encourus : un groupe n'est vulnérable que relativement à un autre groupe et à certains risques ou à certains dangers qui ne sont pas toujours clairement explicités. Par ailleurs, en pratique, la notion de vulnérabilité est couramment utilisée pour désigner l'écart qui sépare un individu ou un groupe social d'une norme de « stabilité » collectivement admise, qui relève du « sens commun ». Troisièmement, parce qu'elle décrit un rapport au risque, au sens moderne du terme (Beck, Ulrich et al. 2003d; Peretti-Watel, Patrick 2001), la vulnérabilité renvoie à la fois à la fréquence d'exposition au risque (c'est-à-dire la probabilité d'occurrence d'un problème ou de survenue d'un danger) et à la gravité des dommages associés. Ainsi, cette notion ne distingue pas la fréquence d'un problème et sa gravité. Un groupe peut donc être vulnérable parce qu'il est plus exposé à un problème qu'un autre, mais aussi parce que les individus qui le composent disposent de moins de ressources pour y faire face ou pour en minimiser les conséquences, ou bien les deux à la fois. Enfin, c'est une notion volatile car elle n'est vraie qu'à un moment donné de l'existence individuelle et en l'état donné d'un ordre social, par nature changeants et réfractaires à une définition *a priori*.

Par conséquent, devant la difficulté de délimiter la notion de vulnérabilité, nous avons principalement retenu d'identifier les facteurs associés aux usages de drogues à l'adolescence, considérée par les pouvoirs publics comme une période-clé de la vie au cours de laquelle une intervention extérieure peut être déterminante. Ce travail s'est appuyé sur un double attendu. Il considère que l'usage régulier de certaines drogues comme l'alcool et le cannabis mais aussi l'expérimentation d'autres produits comme la cocaïne et l'héroïne, à ce stade de la vie, est un marqueur de vulnérabilité ou un risque en soi (pour la santé, l'insertion sociale mais aussi vis-à-vis de la police et de la justice) et que certaines caractéristiques sociales et familiales accroissent l'exposition. Le concept de vulnérabilité est rapproché, dans ce sens, de la notion de sur-risque³⁵. Dans un deuxième temps, le concept sera abordé sous un autre angle, celui des conséquences probables de l'exposition : une tentative d'analyse sera proposée à travers la mesure des inégalités en termes de santé mentale et de prise en charge de celles-ci : cette mesure exploratoire s'emploiera à définir des critères de vulnérabilité, du point de vue de la gravité des dommages résultant d'une exposition.

Enfin, ce travail présente une réflexion sur les limites des enquêtes à travers l'exploration des non réponses : celles sur les usages de drogues qui s'avèrent liées à des profils sociaux et scolaires défavorisés, et celles permettant d'inférer des lacunes en compétences scolaires de base comme la lecture et l'écriture qui se révèlent être fortement corrélées à des niveaux d'usage de drogues très élevés.

La discussion proposera néanmoins une critique de la notion de vulnérabilité, en essayant de décrire les logiques d'argumentation qui la légitiment.

³⁵ C'est dans ce sens d'ailleurs que l'emploi le Conseil de l'Union européenne dans sa résolution encourageant le développement, par les États membres, d'une observation et d'une stratégie de repérage précoce des groupes vulnérables, c'est-à-dire ceux considérés comme étant plus exposés que les autres au risque de développer des problèmes de toxicomanie (5034/4/03 – Cordroque 1 du 13 juin 2003).

I.2 Facteurs socio-économiques liés à l'usage de drogues à l'adolescence.

I.2.1 Les bons élèves moins souvent consommateurs.

Les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy apparaissent associées à un parcours scolaire difficile (tableau 12.1). Comparativement aux élèves et étudiants en filière générale classique, la proportion d'usagers réguliers de cannabis est deux fois plus élevée parmi les apprentis ou les jeunes en formation alternée, et trois fois plus élevée parmi les jeunes sortis du système scolaire. Bien que les niveaux de prévalence de l'expérimentation d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne se situent nettement en retrait par rapport au cannabis, la corrélation avec la situation scolaire est encore plus marquée : l'écart est de l'ordre de 1 à 4. La corrélation avec les redoublements au cours de la scolarité est similaire : elle montre que la difficulté du parcours scolaire et l'inscription (choisie ou forcée) dans des filières d'enseignement courtes est associée à des usages plus fréquents.

Il faut préciser toutefois que cette analyse ne permet pas de distinguer la cause de la conséquence. Dans le cas du cannabis par exemple, si la consommation peut être liée à des mauvais résultats scolaires (désintérêt ou démotivation de l'élève, difficultés de concentration, etc.), les déterminants de l'échec scolaire sont multiples et s'expliquent probablement davantage par le milieu socioculturel de l'élève ou la scolarité des premières années, qui pèsent sur la réussite scolaire par le biais des attitudes qu'ils confèrent vis-à-vis de l'apprentissage (Heckman et al. 2004). La même remarque peut être faite à propos des expérimentations d'autres drogues illicites.

Certaines situations apparaissent néanmoins plus favorables à la consommation de drogues illicites parmi les jeunes de 17 ans : être en filière d'apprentissage ou de formation alternée, avoir redoublé ou être sorti du système scolaire.

I.2.2 Une consommation plus fréquente dans les milieux favorisés.

Du point de vue socio-économique, les consommations de produits licites, les ivresses alcooliques, mais aussi la consommation régulière de cannabis sont plus répandues parmi les jeunes issus de milieux familiaux favorisés. Il en va de même de l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne : à l'inverse, l'héroïne est également répandue dans tous les milieux. On peut en partie expliquer ce différentiel par les ressources sociales accrues des adolescents des milieux favorisés (lieu de résidence, sociabilité et réseaux d'approvisionnement, etc.), qui leur permettent plus facilement d'obtenir des drogues. Ce résultat est très marqué pour la cocaïne, dont le coût est très élevé (environ 60 euros le gramme, contre 4 à 6 euros pour un gramme de résine de cannabis (Cadet-Tairou et al. 2007; OCRTIS 2005)). La nature des réseaux sociaux et amicaux liés au milieu social, amical et professionnel de la famille a sans doute son importance.

Tableau 12.1. Facteurs associés à différents usages de drogues licites et illicites (en % et OR).

		Tabagisme quotidien		Alcool régulier		Cannabis régulier		Ecstasy vie		Cocaïne vie		Héroïne vie	
		(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²	(%) ¹	OR ²
sexe	filles (48,9 %)	32,3	-1-	6,1	-1-	6,3	-1-	2,8	-1-	2,0	-1-	0,6	-1-
	garçons (51,1 %)	33,6 *	0,9 ***	17,7 ***	3,1 ***	15,0 ***	2,3 ***	4,2 ***	1,3 ***	3,0 ***	1,4 ***	0,8 ns	1,1
situation	élèves ou étudiants (84,2 %)	28,3	-1-	10,5	-1-	9,0	-1-	2,6	-1-	1,9	-1-	0,5	-1-
	en apprentissage (11,4 %)	55,2	2,6 ***	21,7	2,0 ***	18,1	1,6 ***	7,0	2,5 ***	4,7	2,2 ***	1,7	2,9 ***
	autres (4,4 %)	64,8 ***	3,9 ***	17,1 ***	1,6 ***	27,0 ***	3,0 ***	12,7 ***	4,6 ***	9,1 ***	4,3 ***	2,0 ***	2,4 ***
redoublement au cours de la scolarité	jamais (49,9 %)	23,5	-1-	10,8	-1-	6,9	-1-	2,4	-1-	1,7	-1-	0,4	-1-
	1 fois (41,4 %)	41,8	2,0 ***	13,6	1,0	14,3	1,9 ***	4,3	1,5 ***	3,2	1,6 ***	0,9	1,5 *
	2 fois (8,7 %)	45,4 ***	2,1 ***	12,3 ***	0,8 **	16,3 ***	2,0 ***	6,3 ***	1,9 ***	4,4 ***	2,1 ***	1,4 ***	2,2 **
milieu social³	très favorisé (10,6 %)	30,6	-1-	13,1	-1-	11,1	-1-	3,5	-1-	3,3	-1-	0,6	-1-
	favorisé (27,8 %)	31,5	0,9 ns	12,3	0,9	10,5	0,8 *	3,5	0,9 ns	2,8	0,7 *	0,8	1,3 ns
	moyen (13,0 %)	30,1	0,8 **	11,9	0,9 *	11,0	0,9	3,4	0,9 ns	2,3	0,6 ***	0,5	0,8 ns
	modeste (41,7 %)	34,8	0,9 *	12,2	0,8 ***	10,5	0,7 ***	3,5	0,7 *	2,2	0,5 ***	0,6	0,9 ns
	défavorisé (7,0 %)	34,9 ***	0,7 ***	8,5 ***	0,5 ***	10,4 ns	0,6 ***	3,5 ns	0,6 ***	2,7 **	0,4 ***	1,0 ns	1,0 ns
parents vivent ensemble	oui (71,3 %)	29,1	-1-	11,5	-1-	8,9	-1-	2,8	-1-	2,0	-1-	0,6	-1-
	non (28,7 %)	42,7 ***	1,6 ***	13,4 ***	1,2 ***	15,5 ***	1,7 ***	5,3 ***	1,6 ***	3,8 ***	1,6 ***	1,1 ***	1,6 **
vit au foyer familial	oui (88,7 %)	31,2	-1-	11,1	-1-	10,0	-1-	3,1	-1-	2,2	-1-	0,6	-1-
	non (11,3 %)	46,6 ***	1,8 ***	19,4 ***	1,9 ***	16,4 ***	1,7 ***	7,0 ***	2,2 ***	5,0 ***	2,2 ***	1,5 ***	2,3 ***

***, **, *, ns ; test du Chi² de Pearson (pour les pourcentages) ou de Wald (pour les OR) significatif au seuil 0,001, 0,01, 0,05 et ns.

1 : Pour les pourcentages, il s'agit d'un Chi² global, signalant une interdépendance des variables.

2 : Odds ratio ajusté sur les variables du tableau.

3 : évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, parmi 11 choix assortis d'exemples de professions, selon la répartition suivante : « défavorisé » indique que les deux parents sont déclarés inoccupés par l'enfant ; « modeste » qu'ils sont ouvrier ou employé ; « moyen » qu'ils déclarent une profession intermédiaire ; « favorisé » que l'un seulement des parents est cadre, chef d'entreprise, artisan ou commerçant ; « très favorisé » que les deux le sont. Il s'agit de la profession des parents déclarée par les adolescents, ce qui peut entraîner de fortes variations par rapport à la réalité (méconnaissance du métier réellement exercé ou du poste occupé, difficulté à classer correctement le métier, etc.)

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

Par ailleurs, l'influence d'un parcours scolaire dégradé sur les usages de drogue déclarés apparaît plus marqué parmi les jeunes des milieux sociaux favorisés. Ainsi par exemple, l'odds ratio (OR) associé à deux redoublements pour l'usage régulier de cannabis parmi les jeunes des milieux « défavorisés » ou « modestes » vaut 1,6, contre 2,3 pour celui mesuré au sein des milieux « favorisés » ou « très favorisés » ; pour l'expérimentation de cocaïne, les résultats sont respectivement de 1,8 et 2,5. Ce résultat est ambivalent : il est possible que les attentes familiales concernant la réussite scolaire, qui sont probablement plus fortes au sein des milieux favorisés, puisse générer une pression psychologique plus importante compensée par les usages de drogues. Mais il est également possible que les adolescents des milieux très favorisés se soucient moins de leur réussite scolaire et ne changent pas leurs comportements d'usage en cas d'échec.

I.2.3 Une consommation plus fréquente dans les familles monoparentales et parmi les jeunes les plus autonomes.

La situation familiale apparaît aussi comme un facteur significativement associé aux consommations illicites. Les jeunes dont les deux parents vivent ensemble apparaissent beaucoup moins souvent expérimentateurs ou consommateurs de drogues. En outre, un jeune qui vit hors du foyer familial (la plupart du temps pour ses études) est plus fréquemment consommateur de cannabis, d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne. Ces observations montrent que les opportunités de consommer des jeunes de 17 ans sont fortement liées au niveau d'encadrement familial. Dans ce sens, le fait de vivre au sein du foyer familial joue comme un facteur protecteur : les adolescents qui sont dans cette situation sont deux fois moins nombreux à avoir expérimenté l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne à 17 ans (tableau 12.1). Ces deux effets se cumulent : l'*odds ratio* associé au cumul de la séparation parentale et de la décohabitation est proche de trois (2,9 pour l'usage régulier de cannabis, 3,3 pour l'expérimentation d'ecstasy, 3,1 pour celle de cocaïne ou d'héroïne).

I.2.4 Des consommations très liées à l'intensité de la sociabilité.

L'environnement amical et la sociabilité jouent un rôle essentiel dans l'expérimentation et les modes d'usage des produits. Ainsi, parmi l'ensemble des adolescents qui déclarent avoir passé du temps avec leurs amis dans un bar (un café ou un pub) chaque jour ou presque au cours des douze derniers mois, 19,1 % disent avoir fumé régulièrement du cannabis contre 6,6 % parmi ceux qui disent ne jamais s'y être rendus, et les proportions sont respectivement de 31,3 % et 2,1 % si l'on substitue les soirées entre amis aux sorties dans les bars. La même observation peut être faite pour l'expérimentation d'ecstasy ou de cocaïne : la proportion de jeunes ayant essayé la cocaïne varie entre 1,1 % parmi les jeunes qui ne sont jamais allés dans un bar avec leurs amis à 5,8 % parmi ceux qui s'y sont rendus presque tous les jours. En revanche, il n'y a pas de lien entre ces éléments de sociabilité et l'expérimentation d'héroïne, celle-ci restant à 1 % environ, quelle que soit la fréquence des sorties.

Ces résultats s'expliquent par les modes d'usage du cannabis, de la cocaïne et de l'ecstasy qui, à l'instar du tabac et de l'alcool et contrairement à l'héroïne, font l'objet de pratiques collectives, festives ou intégrées dans des rites d'interaction³⁶ caractéristiques de la sociabilité adolescente (Goffman 1967). Précisons que ces associations persistent lorsque, dans les modèles logistiques du tableau 12.1, on adjoint les indicateurs de sociabilité présentés ici. Plus précisément, les usages de drogues apparaissent très fortement corrélés aux préférences culturelles et notamment aux choix musicaux (Legleye et al. 2003).

³⁶ La notion de « rite d'interaction » est ici utilisée au sens de Goffman.

Ce phénomène souligne le rôle social et intégrateur de certains usages de drogues (au moins lorsqu'ils ne sont pas suivis de conséquences néfastes) et suggère de leur accorder une valeur positive complémentaire de leur caractère intrinsèquement risqué.

I.2.5 L'exposition au risque judiciaire majoré dans les milieux modestes et pour certains produits.

Le caractère illicite de la consommation et de la détention de drogues peut entraîner des conséquences pénales (poursuites judiciaires), administratives (renvoi scolaire, licenciement, etc.) ou financières (amende, résiliation de contrat d'assurance en cas d'accident). Le risque d'interpellation en situation d'usage (en particulier de cannabis) est variable selon le sexe et l'âge. En 2005, 94% des personnes interpellées étaient des hommes et 63% des interpellations pour usage de cannabis (qui est de très loin la première substance en cause dans ces interpellations) concernaient des jeunes âgés de 18 à 25 ans, alors que les statistiques en population générale montrent que 14% seulement des jeunes de cette tranche d'âge déclarent avoir consommé ce produit dans le dernier mois (OCRTIS 2005).

Ce différentiel peut s'expliquer par une conjonction de facteurs. Des études montrent que les interpellations policières obéissent à des logiques et à des critères sélectifs : la prédominance masculine parmi les personnes interpellées pour usage tient probablement aux circonstances d'usage, qui sont plus souvent publics et « en bande » que chez les filles, mais également aux représentations sociales des personnels de police et de gendarmerie qui percevraient plus volontiers un « potentiel de délinquance » chez les hommes que chez les femmes (Barré 1996). Une comparaison des fumeurs de cannabis interrogés dans les enquêtes représentatives en population générale et des usagers interpellés a permis d'objectiver la différence de nature des deux publics. Les statistiques policières sur-représentent les jeunes, les hommes, et les personnes d'origine modeste, sans activité professionnelle, ou originaires de quartiers socialement dévalorisés alors que la diversité des consommateurs apparaît nettement plus importante en population générale (Peretti-Watel et al. 2004).

L'enquête ESCAPAD permet de confirmer une partie de ces hypothèses. La part des jeunes qui disent avoir, la dernière fois, fumé du cannabis dans un lieu public ouvert (rue, parc), diminue en effet avec l'élévation sociale du milieu familial. Parmi les consommateurs de cannabis au cours des trente derniers jours, toutes choses égales par ailleurs³⁷, l'OR associé au milieu social prenant la catégorie «très favorisé » pour référence vaut 1,4 pour les catégories « défavorisée » et « modeste », 1,3 pour la catégorie « moyenne » et 1,2 pour la catégorie « favorisée », tous étant significatifs au seuil 0,001. Lorsqu'ils fument du cannabis, les jeunes des milieux modestes sont donc plus exposés au regard de personnes étrangères à leur cercle amical et donc à celui des représentants des forces de l'ordre. Ce résultat pourrait s'expliquer par la taille plus réduite des logements des jeunes issus de familles modestes ou par la présence plus fréquente au domicile d'un des parents, en situation d'inactivité professionnelle notamment.

I.3. Santé mentale et accès aux dispositifs de soins.

I.3.1 Signes anxio-dépressifs et usages de drogues.

À partir de l'échelle de Kandel utilisée dans le questionnaire de l'enquête ESCAPAD, on peut objectiver un certain nombre d'indicateurs de souffrance psychologique (Kandel et al. 1986).

³⁷ Dans une régression logistique contrôlant le sexe, la situation scolaire (élève, étudiant ; apprenti ; déscolarisé), le nombre de redoublements au cours de la vie (0, 1, 2 et plus), le milieu social des parents (5 classes, cf. le tableau 1), la séparation de ceux-ci, la décohabitation du jeune et sa fréquence de consommation de cannabis sur la période (1-2 fois, 3-5 fois, 6-9 fois, 10-19 fois, 20-29 fois et tous les jours).

Un score a été calculé pour chaque individu par sommation de la fréquence déclarée de troubles anxio-dépressifs. Le score varie entre 0 et 24 et la moyenne des garçons est de 6,8 contre 10,1 pour les filles. Ces dernières déclarent beaucoup plus de problèmes : parmi les adolescents affichant un score supérieur à 21 (soit 1,3 %), elles sont cinq fois plus nombreuses que les garçons. Ce résultat est conforme à d'autres observations selon lesquelles le genre conditionnerait en grande partie la sensibilité des adolescents à la perception et à la déclaration de ces troubles anxio-dépressifs (Le Moigne 1999).

Les usages de drogues apparaissent corrélés au score de Kandel, sauf la consommation régulière d'alcool pour laquelle les scores moyens ne diffèrent pas. Mais d'autres variables s'avèrent également liées à ces troubles : séparation parentale, parcours scolaire, milieu socio-économique, etc. Pour contrôler ces facteurs de confusion, des régressions logistiques ont été modélisées. La mesure des troubles anxio-dépressifs est la variable de score de Kandel découpée en quartiles. Le tableau suivant montre les OR ajustés pour chacun des quartiles comparativement au premier, qui rassemble les 25 % de jeunes qui présentent les scores de troubles anxio-dépressifs les plus faibles.

Tableau 12.2. Modélisations logistiques des usages de drogues selon les signes anxio-dépressifs mesurés par le score de Kandel.

	Tabac quotidien	Alcool régulier	Ivresses répétées	Cannabis régulier	Cocaïne (vie)	Héroïne (vie)
Quartile I	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-	-1-
Quartile II	1,1 ns	1,2 *	1,3 **	1,5 ***	1,3 ns	1,1 ns
Quartile III	1,3 ***	1,4 ***	1,6 ***	1,7 ***	1,0 ns	0,7 ns
Quartile IV	1,7 ***	1,7 ***	2,3 ***	2,2 ***	2,3 ***	3,0 ***

***, **, *, ns ; test du Chi² de Wald significatif au seuil 0,001, 0,01, 0,05 et ns.

Les variables contrôlées sont : le sexe, la PCS des parents, la scolarité, le redoublement, la séparation des parents, la décohabitation de l'adolescent, la fréquence de sorties dans les bars et dans des soirées amicales au cours de l'année (jamais, moins d'une fois par mois, 1-2 fois par mois, au moins une fois par semaine, tous les jours ou presque).

N.B. : chaque quartile regroupe 25 % des jeunes, suivant leur score à l'échelle de Kandel : le premier les 25 % qui ont le score le plus bas, le deuxième, les 25 % suivants, etc.

L'analyse montre que tous les usages de drogues étudiés sont d'autant plus fréquents, toutes choses égales par ailleurs, que les signes anxio-dépressifs sont plus nombreux, même si la différence entre les deux premières catégories de jeunes apparaît non significative pour l'usage quotidien de tabac et les expérimentations de cocaïne et d'héroïne.

I.3.2 Accès aux dispositifs de soins.

Comme le montrent de nombreuses études, les chances de formuler une demande de soins médicaux sont inégalement distribuées dans la population : le recours aux soins est plus fréquent chez les femmes et plus souvent motivé par une démarche de prévention, alors que les hommes consultent majoritairement pour des douleurs (Aliaga 2002). D'autres études suggèrent que les consommations de soins sont également moins fréquentes dans les milieux économiques modestes. La question se pose de savoir si les facteurs associés aux usages de drogues et si les usages de drogues eux-mêmes modulent les demandes de soin des individus. L'enquête ESCAPAD permet de vérifier que ce résultat reste vrai dans des régressions logistiques : les usages de produits psychoactifs augmentent en général les

consultations d'un spécialiste de santé mentale³⁸. En effet, pour l'usage régulier d'alcool et les ivresses alcooliques répétées, les OR ne sont pas significatifs (OR=1,0 et 1,1), mais ils valent respectivement 1,5 pour l'usage régulier de cannabis, et 1,9 pour les expérimentations d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne.

Mais l'examen de ces modélisations logistiques montre de plus que ces consultations sont moins fréquentes parmi les jeunes des milieux qui ne sont pas les plus favorisés. Ainsi, quel que soit l'usage de produit psychoactif pris en compte, comparativement au milieu « très favorisé », l'OR des milieux « favorisé » et « moyen » vaut 0,8 et celui des milieux « modeste » et « défavorisé » vaut 0,7. Autrement dit, il existe une inégalité de traitement des souffrances de santé mentale selon le milieu économique.

Ce résultat vient compliquer l'identification des facteurs de vulnérabilité relativement aux usages de drogues : les usages de produits psychoactifs licites ou illicites sont plus fréquents au sein des milieux aisés ; ces usages sont liés à des souffrances psychologiques (bien qu'il ne soit pas possible d'identifier ici une relation de cause à effet : les deux peuvent être liés pour d'autres raisons, familiales, sociales ou autres) ; mais ces souffrances sont mieux prises en charge dans les milieux familiaux favorisés sur le plan économique.

Le repérage des éventuelles complications des usages de drogues ou de la détérioration de la santé mentale qui pourrait faciliter les usages de drogues pourrait donc être moins fréquent ou moins précoce dans les milieux populaires et parmi les jeunes hommes. Ce qui constitue un aspect important de la vulnérabilité sous l'angle des dommages subis ou des moyens de les surmonter et non plus de l'exposition à un problème.

Pour tenir compte de ces effets de sélection sociale ou d'auto-éviction, les pouvoirs publics ont développé, en matière de toxicomanie, des stratégies d'intervention spécifiques à l'égard de certaines populations identifiées. Ainsi en est-il des jeunes usagers de cannabis par exemple, désignés comme public-cible des « consultations cannabis » mises en place en 2004/2005. Le premier bilan de ce dispositif montre que les individus censément plus exposés au risque de développer un usage de cannabis (à plus forte raison, un usage nocif ou relevant de la dépendance) fréquentent effectivement le dispositif : près de 9 usagers sur 10 sont âgés de moins de 25 ans et les garçons forment 80% de la file active (Obradovic 2006). Le public orienté par la justice constitue 38% de la file active, ce qui fait des orientations judiciaires le premier motif de recours aux consultations, même si ces recours sont majoritairement le fait des garçons (42% vs 19% chez les filles).

Le fonctionnement de ce dispositif spécifique montre que l'identification d'un public-cible ne suffit pas à contrebalancer les mécanismes de sélection de certains types de clientèle. Ainsi, parmi la population accueillie, si les garçons sont majoritairement adressés par les autorités judiciaires (42%), c'est-à-dire amenés à la consultation dans un cadre contraint, les filles viennent le plus souvent spontanément (41%) : les garçons, qui sont plus fréquemment usagers réguliers ou quotidiens de cannabis, semblent moins disposés à consulter spontanément. Cette observation met en évidence le caractère inéluctable des mécanismes d'auto-éviction de certains publics, qui ne font pas appel aux consultations cannabis même quand ils sont explicitement visés par une offre de soins nouvelle.

Ce paradoxe amène donc à commenter les partis pris qui sont au soubassement des méthodes et outils d'enquête utilisés pour caractériser la vulnérabilité et des présupposés fondamentaux d'une analyse en termes de vulnérabilité.

³⁸ Toutes choses égales par ailleurs dans un modèle contrôlant le sexe, la situation scolaire, le redoublement au cours de la scolarité, le milieu social, l'union parentale, la décohabitation du jeune, le score de Kandel et l'usage de produits psychoactifs.

I.4. La sous-représentation des jeunes les plus vulnérables dans les enquêtes en population générale.

Les enquêtes en population générale utilisées ici présentent des défauts limitant l'utilisation qui peut en être faite pour décrire les populations les plus fragiles. D'un côté, le taux de couverture, c'est-à-dire la proportion des personnes que l'on n'interroge pas en raison de la méthode de collecte retenue, et le taux de refus de participation à l'enquête des personnes enquêtées, permettent d'évaluer la représentativité de la population interrogée et de prendre acte du fait qu'une partie de la population n'est pas représentée dans les observations. De l'autre, le taux de non répondants à certaines questions dans l'enquête permet d'évaluer les biais dans les mesures, sans fournir pour autant d'informations précises quant aux motifs de non réponse.

Concernant le mode de collecte, ESCAPAD n'interroge que les résidents de nationalité française qui se rendent à la Journée d'appel de préparation à la défense : les jeunes de nationalité étrangère, les jeunes déclarés inaptes à honorer cette convocation pour raison médicale et les jeunes les plus marginaux qui échappent au contrôle de l'autorité publique sont donc exclus de l'enquête. Une partie des adolescents *a priori* vulnérables ne sont donc pas représentés ni décrits. Toutefois, ces défauts de couverture et de participation sont faibles : 99 % d'une tranche d'âge de nationalité française participe à la JAPD selon les estimations de la Direction du service national pour l'année 2005, la part des étrangers de l'âge requis est faible (environ 4 %) et le taux de participation à l'enquête supérieur à 99 %.

Parmi les non répondants à certaines questions, il faut distinguer les personnes qui ne répondent pas aux questions portant sur les usages de drogues, et celles dont on peut penser qu'elles ne répondent pas à toutes les questions en raison de leurs faibles compétences en lecture et en écriture : on peut supposer qu'une frange des jeunes les plus vulnérables se trouve précisément dans cette catégorie. Chaque année en effet, 5 % environ des appelés sont repérés par le ministère de l'éducation nationale lors de la JAPD comme ayant de très faibles compétences en lecture et écriture. L'anonymat de l'enquête ne permet de les repérer qu'indirectement. Néanmoins, l'analyse montre qu'en 2005, 4,2 % de l'échantillon a refusé de répondre à deux ou plus des questions relatives aux ivresses alcooliques au cours des douze derniers mois et à l'expérimentation des 12 produits psychoactifs licites ou illicites cités dans l'enquête³⁹. Or ces jeunes apparaissent très souvent déscolarisés (11,8 %, contre 4,4 % en moyenne) ; ils ont beaucoup plus souvent redoublé que les autres (67,8 % vs 50,1 % en moyenne), et proviennent plus souvent de familles modestes ou défavorisées que la moyenne (55,6 % vs 48,7 %). Bien qu'ils ne soient pas très nombreux, ces non-répondants cumulent donc des signes de plus grande vulnérabilité sociale.

Une analyse plus poussée des non-réponses à un ensemble de questions touchant aux loisirs (généralement bien renseignées, mais situées dans la dernière partie du questionnaire) confirme qu'elles sont très corrélées aux indicateurs sociodémographiques, mais aussi à l'usage de produits psychoactifs. Le taux de non réponse à une question d'usage d'un produit licite ou à l'usage régulier de cannabis est inférieur à 1 % parmi les jeunes qui ont répondu à toutes les questions de loisirs alors qu'il atteint 20% chez les jeunes qui n'ont répondu à aucun des 22 items liés aux loisirs. Or parmi ces jeunes qui n'ont pas répondu aux questions liées aux loisirs, la proportion d'usagers réguliers de cannabis est très élevée (24,8% vs 10,8% en moyenne) et il en va de même pour les autres usages de drogue. Ces jeunes se déclarent de plus d'origine modeste, leurs parents sont souvent séparés, et eux-mêmes vivent très souvent hors du foyer familial et leur parcours scolaire est moins bon que la moyenne.

³⁹ C'est-à-dire : Cannabis, champignons hallucinogènes, poppers, produits à inhaler, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne et héroïne (la Kétamine, le subutex et le GHB n'étant pas comptabilisés ici).

I.5. Discussion

Les enquêtes en population générale conduites auprès des jeunes permettent d'identifier un ensemble de facteurs économiques, familiaux et scolaires fortement associés aux expérimentations ou aux usages de produits psychoactifs : l'aisance économique de la famille, la difficulté du parcours scolaire et la composition familiale, mais aussi la santé mentale. De ces analyses bivariées et multivariées il ressort donc un tableau complexe : la plupart des liaisons observées confortent les *a priori* relatifs aux usagers de drogues : parcours scolaire difficile, monoparentalité, éloignement du foyer familial sont des éléments qui semblent bien favoriser les usages ou les expérimentations de produits licites et illicites. Chez les jeunes adultes, les facteurs retenus sont semblables : l'élévation du niveau d'instruction, le fait de poursuivre des études universitaires plutôt que de travailler, semblent globalement éloigner des consommations, alors que la situation de chômage paraît plus favorisante, du point de vue des chances de développer un usage de drogues (Beck *et al.*, 2007, chapitre drogues).

Des exceptions notables existent cependant. L'analyse montre aussi que le lien entre ces déterminants et les usages de drogue peut parfois être contre-intuitif : l'élévation de la PCS des parents est par exemple liée à des usages plus fréquents et parallèlement, à des niveaux d'expérimentation plus élevés des produits les plus chers (ecstasy et cocaïne). De plus, la plupart des usages de drogues apparaissent très largement liés à l'intensité des contacts amicaux, des sorties dans les bars, des soirées entre amis etc., qui traduisent une intégration sociale qu'il ne faut pas négliger dans l'interprétation des motifs d'usage (Peretti-Watel, P. et al. 2007).

L'analyse permet aussi de voir que les jeunes qui consomment des drogues présentent plus souvent des signes anxio-dépressifs marqués, et consultent plus souvent des spécialistes de la santé mentale, mais que la prise en charge de la souffrance psychologique est plus répandue dans les milieux très favorisés sur le plan économique, ce qui est susceptible d'induire des inégalités dans le repérage et la prise en charge des usages de drogues ou de leurs conséquences pour l'individu.

Ce point invite à considérer avant tout les déterminants économiques familiaux comme les éléments fondamentaux de la vulnérabilité. Car il est clair que la pauvreté économique est un vecteur d'échec scolaire, de moindre consommation de soins médicaux, etc., facteurs tous liés à l'usage de drogues et à l'aggravation de leurs conséquences probables.

Une des originalités de ce travail est l'exploration des marges des instruments d'enquête utilisés. Sans être exemptes de biais de couverture, les enquêtes en population générale offrent tout de même la possibilité de repérer un certain nombre de sous-populations particulièrement consommatrices de drogues par l'examen de leurs propres marges et limites : non répondants, personnes en difficulté de lecture, etc.

Aucun de ces indicateurs ne permet toutefois, en soi, de définir un groupe social homogène plus consommateur de drogues que les autres. Seule la prise en compte de la complexité de la notion de vulnérabilité par la définition d'un cumul de facteurs permet de préciser l'analyse, en considérant des populations homogènes du point de vue social. On pourra donc retenir que la vulnérabilité se définit en premier lieu comme le résultat d'un processus cumulatif dans le temps, qui commence dès les premières années de la vie et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence (période de développement, par nature donc d'autant plus « à risque »), puis de l'âge adulte.

II. Vulnérabilité dans des populations d'usagers actifs.

La question de la vulnérabilité se pose de manière différente au sein de populations à forte prévalence d'usage de substances psychotropes que dans la population générale. On peut d'abord montrer dans quelle mesure une part importante des jeunes consommateurs se situe dans une position de vulnérabilité sociale et sanitaire. Dans cette population déjà usagère, cette constatation instantanée ne peut permettre seule de déduire une relation causale dans un sens ou dans l'autre entre précarité sociale ou sanitaire et usage de substances psychotropes (Sansfaçon et al. 2005). En revanche, elle montre à un moment donné l'ampleur de l'intrication des problèmes et permet a priori, d'adapter l'offre de prise en charge en faveur d'une offre globale, médico-socio-psychologique.

Une autre voie d'abord consiste à repérer, parmi ces populations à fréquence importante d'usage, quels sont les groupes les plus vulnérables et à les décrire, de manière à mieux cibler les actions de prévention et de soutien. Parmi les populations à fort usage de psychotropes illicites ou détournés repérées en dehors des lieux de soins, on observe en effet clairement que ceux qui affichent les pratiques de consommation les moins maîtrisées (fréquence des consommations, polyusage, injection, mésusage de médicaments...) sont en moyenne ceux qui apparaissent également les plus vulnérables sur le plan social.

II.1. Données disponibles

Dans l'ensemble, les usagers de produits psychotropes les plus actifs sont observés en France dans deux types d'espace :

- L'espace dit « urbain » qui désigne essentiellement le dispositif urbain de réduction des risques -boutiques, PES (programme d'échanges de seringues), « méthadone bas seuil »- et les lieux ouverts (rue, squat, etc.). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.
- L'espace dit « festif techno » qui désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, rave parties, technivals) mais aussi les clubs, les discothèques ou les soirées privées à l'occasion de leur soirées « techno ».

Ainsi, les deux approches citées précédemment seront successivement appliquées à deux populations à prévalence importante d'usage : premièrement, les jeunes fréquentant les structures de réduction des risques, en milieu urbain, usagers actifs dont beaucoup ne se situent pas encore dans une démarche de soins ; deuxièmement les jeunes fréquentant l'espace festifs techno. La mesure de la vulnérabilité montrera des degrés différents en fonction des populations observées.

On dispose sur ces espaces et sur les populations qui les fréquentent de plusieurs sources de données :

- Des données quantitatives. Elles sont issues, pour l'espace urbain, de l'enquête Première Ligne Usagers de Drogues (PRELUD) menée début 2006 auprès des usagers de structures bas seuil⁴⁰ situées dans les sept agglomérations participant au réseau TREND ainsi que dans deux autres agglomérations participantes⁴¹ (N=1017). La population de moins de 25 ans représentait 252 personnes (Cadet-Taïrou et al. 2007).

⁴⁰ Les termes structures de réduction de risque en milieu urbain ou structure de bas seuil sont utilisés indifféremment dans cet article pour désigner les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues).

⁴¹ Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse, ainsi que Dijon et Lyon.

- Pour l'espace festif elle sont issues d'une enquête assise sur un échantillonnage ethnographiquement raisonné, menée en 2004-2005 dans cinq sites français⁴² (Quanti festif 2004-2005, N=1496). La population des moins de 25 ans comptait 829 personnes (Reynaud-Maurupt et al. 2007).
- Enfin, des données qualitatives sont collectées de manière continue par le dispositif d'observation TREND. Destiné à identifier rapidement les nouvelles tendances émergentes, celui-ci s'articule sur un réseau de sept coordinations locales dotées d'une stratégie et d'outils communs de recueil de l'information⁴³ (Cadet-Taïrou et al. 2007).

Les critères de vulnérabilité retenus *a priori* se déclinaient selon 3 axes :

- Vulnérabilité vis-à-vis de l'usage : forte prévalence d'usage, pratiques à risque.
- Vulnérabilité sociale : niveau d'éducation, revenus, conditions de logement, accès aux soins à travers la couverture du risque santé.
- Vulnérabilité sanitaire : données de santé physique ou psychique. Sur ce point, l'indisponibilité des données limite fortement les investigations (pas de données de morbidité psychique ou psychiatrique, peu de donnée de morbidité somatique). Les questions sur la santé perçue, tant physique que psychique apparaissent très peu discriminantes.

En pratique, le manque de données objectives sur un certain nombre de points, de même que la faiblesse des effectifs âgés de moins de 25 ans dans l'enquête PRELUD limitent les possibilités. D'autre part, dans ces populations fortement usagères, certains facteurs apparaissent moins discriminants qu'ils peuvent l'être dans la population générale. Ainsi, dans une population d'usagers, la pratique de l'injection ou le partage du matériel n'apparaissent pas directement liés à des variables de vulnérabilité sociale.

II.2. Vulnérabilité sociale des usagers de moins de 25 ans fréquentant les structures de réduction des risques.

II.2.1. Données générales.

La population du groupe des moins de 25 ans recrutée dans l'enquête PRELUD est âgée en moyenne de 21,6 ans (écart-type 1,9 ans). Le plus jeune a 15 ans. Ce groupe est masculin à 66 % ce qui témoigne d'une présence féminine plus importante que dans les populations plus âgées (87 % d'hommes chez les 25 ans et plus).

Précarité du logement.

Les usagers qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent, au-delà des fréquences d'usage, une vulnérabilité sociale importante. Parmi eux, 67 % vivent en logement instable (impossibilité de passer les six prochains mois dans le même logement ou absence de logement) : 31 % sont SDF (sans domicile fixe), 15 % vivent en squat, camion, caravane etc., les autres disposant de modes de logement provisoires. Si 20 % d'entre eux ont un logement indépendant, seuls 11 % vivent encore durablement dans la famille ou chez des proches (15 % des 15-20 ans). Le départ précoce de la cellule familiale apparaît également dans le fait que seuls 12 % vivent encore avec un ou les deux parents (18 % chez les 15-20 ans), alors qu'ils sont 23 % à vivre seuls, 27 % à habiter en couple et 29 % à vivre avec un ou des amis.

⁴² Agglomération et zone périurbaine de Bordeaux, Metz, Nice, Rennes et Toulouse.

⁴³ Observations ethnographiques, entretiens, focus groups, questionnaires qualitatifs.

Niveau d'éducation et insertion professionnelle faible.

Sur le plan des acquis scolaires, 25 % d'entre eux ont au moins atteint un niveau « bac » (avec ou sans l'examen)⁴⁴. Cette statistique apparaît très inférieure à celle recueillie dans la population générale du même âge où la proportion des bacheliers (examen obtenu) dépasse 60 % (Ministère De L'éducation Nationale 2007). Parmi les bacheliers, 5% ont au moment de l'enquête un niveau d'étude égal ou supérieur à « bac + 2 ». La plus grande partie (44 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP), les autres ayant atteint un niveau « collège » (29 %). La majorité des moins de 25 ans est inactive (45 %) ou au chômage (20 %). Cependant une part plus importante que dans les groupes plus âgés travaille de manière continue (8 %) ou intermittente (15 %). Les autres sont étudiants ou en stage non rémunéré.

L'exclusion des revenus sociaux.

Les jeunes fréquentant les structures de réduction des risques sont un peu moins du tiers à disposer d'un revenu d'emploi ou d'allocation chômage (32 %, respectivement 21 % et 11 %) témoignant d'une insertion professionnelle en moyenne légèrement plus importante que leurs aînés (25 % chez les plus de 20 ans). On constate cependant que les plus jeunes sont quasi-exclus des revenus sociaux: presque la moitié d'entre eux (47 %) ne dispose d'aucun revenu, part à laquelle on peut rajouter les 3 % qui mentionnent comme revenu la mendicité ou le trafic. Seuls 9 % reçoivent un revenu social (RMI : 3 %, Allocation adulte handicapé : 2 %, allocations pour les enfants ou pour l'insertion professionnelle : 3 %). En cela, la situation des moins de 25 ans est radicalement différente de celle des plus âgés qui sont environ 60 % à vivre à l'aide des revenus sociaux.

L'accès aux soins.

Les moins de 25 ans apparaissent également plus vulnérables que les plus âgés concernant l'accès aux soins. En effet, un sur cinq (soit 19 %) ne possède aucune couverture santé (ni assurance maladie, ni aide médicale d'état). Si 77 % sont affiliés à la sécurité sociale, parmi eux plus de la moitié (soit 43 % du total) relève de la CMU (couverture maladie universelle, sans cotisation). Bien que l'accès effectif aux prestations payantes ne peut être documenté avec les données disponibles, on constate que les jeunes usagers bénéficient de manière assez large des dépistages des séropositivités pour le VIH et le VHC (qui sont accessibles gratuitement): ils sont 85 % à avoir déjà pratiqué un test de dépistage du VIH et 80 % à avoir déjà pratiqué un test du VHC. Cependant, la moitié d'entre eux ne savent pas s'ils ont été vaccinés ou non contre l'hépatite B et parmi ceux capables de répondre à la question, seuls 34 % ont eu au moins 2 injections.

On dispose de très peu de données sanitaires : 26 % des injecteurs ont eu un abcès cutané dans le mois précédent. Un tiers de ces mêmes injecteurs (33 %) se sent en mauvaise ou en très mauvaise santé physique et 39 % en mauvaise ou très mauvaise santé psychologique.

Les pratiques.

59 % des moins de 25 ans ont injecté un produit au moins une fois dans leur vie et 50 % plus de 10 fois. Les injecteurs sont proportionnellement moins nombreux parmi ceux qui vivent en logement stable (52 %, n=84, vs 62 % n= 167, NS). Le premier produit injecté était l'héroïne (47 %), la cocaïne (24 %), la buprénorphine (10 %), des amphétamines (5 %) et des sulfates de morphine (4 %). L'âge moyen de première injection est de 17,6 ans, l'âge minimum étant de 10 ans. Un individu sur cinq a injecté pour la première fois entre 10 et 15 ans. Parmi les injecteurs dans la vie, 80 % ont utilisé l'injection au cours du dernier mois. Le fait d'être SDF ou de ne déclarer aucun revenu n'apparaît pas dans notre population comme un facteur de risque vis-à-vis de l'injection. Les prévalences d'usages des substances au cours du mois sont, par définition compte tenu de la population interrogée, assez élevées. L'âge moyen des

⁴⁴ Le fait qu'ils n'aient pas tous atteint l'âge du bac ne change pas les résultats. Cinq usagers seulement n'ont pas 18 ans et 21 % des plus de 18 ans ont atteint un niveau bac.

personnes enquêtées est égal à 31,2 ans et 82 % d'entre elles sont des hommes, 25 % ont moins de 25 ans et 35 % au moins 35 ans. Parmi eux, 68 % n'ont pas d'enfants et 20 % en ont un. Seuls 8% vivent avec au moins un enfant. Près de la moitié vivent seuls (46 %), 21 % en couple, 20 % avec des amis. Ils sont 15 % à avoir le niveau scolaire du baccalauréat (diplôme obtenu ou non) et 44 % à avoir un niveau BEP ou CAP (diplôme professionnel de niveau secondaire). Au cours des six derniers mois, un sur cinq est sans revenus (22 %), 27 % reçoivent un salaire ou des allocations chômage, 45 % reçoivent un revenu social. Au cours de la même période, 22 % ont eu une activité rémunérée intermittente ou continue, 18 % étaient au chômage, 35 % étaient inactifs et 2,5 % étaient étudiants (sans activité rémunérée). Concernant l'accès aux soins, 57 % sont couverts par la Couverture Maladie Universelle (CMU, couverture sans cotisation) et 10 % ne disposent d'aucune couverture.

Parmi les usagers recrutés dans les structures de bas seuil en 2006 (N=1017), le cannabis demeure le produit le plus consommé, devant l'alcool (74 % d'usage au moins une fois dans le mois, dont 65 % boivent au moins 5 verres par occasion).

Un tiers des usagers rencontrés a consommé de l'héroïne au cours du mois précédent soit 4 points de plus qu'en 2003. Cette dernière donnée marque une inflexion après une baisse régulière observée depuis 2001 (Beck, F. et al. 2006b; Bello, Pierre-Yves et al. 2002; Bello, Pierre-Yves et al. 2003; Bello, Pierre-Yves. et al. 2004c). En 2006, on note la progression du sniff et de l'inhalation de l'héroïne, notamment chez les plus jeunes et chez ceux qui fréquentent également le milieu festif (2006 N=349 dont injection : 54 %, sniff : 54 %, inhalation : 34 % (Cadet-Taïrou et al. 2007)).

On observe que c'est maintenant la buprénorphine haut dosage qui est l'opiacé le plus consommé parmi les usagers des structures de première ligne. Parmi les 44 % d'usagers qui en ont pris au cours du mois précédent, seuls 49 % l'ont utilisé uniquement dans un but thérapeutique (voir point mésusage dans le chapitre 5, point 5.3). Par ailleurs, l'usage détourné des sulfates de morphine s'accroît de manière localisée sur certains sites : Paris et Rennes surtout et Marseille dans une moindre mesure (parmi les sites du réseau TREND) notamment parmi des jeunes désocialisés. Sur l'ensemble de la population enquêtée par PRELUD, l'usage au cours du mois précédent passe de 9 % à 16 % entre 2003 et 2006 et l'usage à visée de « défonce » s'accroît de 3,2 % à 9 % dans le même temps.

L'usage de cocaïne dont la fréquence s'accroît dans l'ensemble de la population semble rester relativement stable parmi les personnes qui fréquentent les structures de bas seuil. L'évolution majeure liée à l'usage de cocaïne se situe dans l'accroissement des pratiques d'injection. Alors qu'en 2003, (N=320) 46 % des usagers de chlorhydrate de cocaïne l'avaient injecté, ils sont 54 % début 2006 (N=348). On note également que pour 13 % des usagers ayant déjà injecté un produit, le premier injecté dans la vie est la cocaïne. Les professionnels des structures de première ligne font état d'usagers en situation d'épuisement physique et psychologique en lien avec leur pratique d'injections compulsives.

Les usages de MDMA et d'amphétamine parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno. En effet, seuls 9 % des usagers ayant fréquenté des événements festifs moins de 10 fois dans leur vie ont pris de la MDMA au cours du mois précédent contre 30 % des autres. Il en va de même pour l'amphétamine. La pratique de l'injection de la MDMA et de l'amphétamine semble s'accroître chez les usagers des structures de première ligne (MDMA : 13 % en 2003 N=294, 19 % en 2006, N=204, amphétamine, 22 % en 2003, N=201, 40 % en 2006, N=224). Le sniff progresse également (15 % en 2003 à 18 % en 2006).

L'usage dans cette population d'hallucinogènes, naturels ou synthétiques, reste modéré et ne présente pas d'évolution marquante.

Tableau 12.2. Groupes d'usagers les plus vulnérables : approche quantitative.

Les données ci-dessus révèlent la présence de plusieurs sous-populations différentes au sein du groupe des moins de 25 ans : sont identifiés d'une part de jeunes adultes relativement insérés, étudiant ou disposant d'un travail rémunéré et d'autre part des jeunes en situation d'extrême précarité, sans logement, sans revenu et sans couverture sociale.

Afin d'observer les éventuels écarts dans les pratiques ou les situations entre « précaires » et « moins précaires », les usagers sans domicile fixe ou disposant d'un logement précaire (squat, camion) sont comparés ci-dessous aux usagers disposant d'un logement moins précaire (même s'il est parfois non durable). Dans un deuxième temps, des marqueurs potentiels d'appartenance à un groupe à vulnérabilité élevée, issus des données ethnographiques (cf. infra) ont été testés en décrivant les situations des usagers possédant ces marqueurs.

Les SDF.

Tableau 12.3. Caractéristiques et pratiques au cours du mois précédent des usagers sans domicile (SDF, squat, camion), 2006.

	Tous	SDF (n=115)	NSDF (n=136)	Sig.
Aucune ressource	47,0 %	67,0 %	30,0 %	**
Aucune couverture santé	19,0 %	35,0 %	6,0 %	**
Atteinte niveau lycée	26,0 %	14,0 %	35,0 %	**
Inactifs	45,0 %	64,0 %	29,0 %	**
Au moins 10 verres d'alcool quotidiennement	20,0 %	34,0 %	9,0 %	**
Cannabis tous les jours	57,0 %	66,0 %	49,0 %	**
Héroïne	48,0 %	50,0 %	46,0 %	
Cocaïne	45,0 %	50,0 %	41,0 %	
BHD	43,0 %	44,0 %	42,0 %	
Pour se défoncer uniquement Méthadone	14,0 %	29,0 %	8,0 %	**
Pour se défoncer uniquement Sulfates de morphine	19,5 %	19,0 %	20,0 %	
Pour se défoncer uniquement Codéine	5,0 %	12,0 %	2,0 %	**
Ecstasy	20,0 %	23,0 %	16,0 %	
BDZ	12,0 %	14,0 %	10,0 %	
	22,0 %	26,0 %	19,0 %	
	29,5 %	34,0 %	26,0 %	
	21,0 %	19,0 %	23,0 %	
Lieu de consommation le plus habituel :				
Dans la rue	19,0 %	26,0 %	13,0 %	**
En squat	18,0 %	33,0 %	5,0 %	**
VHC + (N=63 / N=76)	13,0 %	16,0 %	11,0 %	
VIH + (N=63 / N=71)	6,0 %	7,9 %	4,2 %	

** : p<0,01. Source : PRELUD 2006, OFDT

Le cumul des handicaps sociaux apparaît clairement à travers les variables de situation sociale. Les usagers sans domicile sont également ceux qui fréquemment ne disposent d'aucune ressource, d'aucune couverture santé, qui ont le niveau d'étude et le taux d'activité les plus faibles. Ils sont caractérisés par une forte consommation d'alcool. Les usages des autres substances au cours du dernier mois n'apparaissent pas significativement plus fréquents que dans le reste de la population fréquentant les structures de réduction des

risques (pour une part, du fait de la faiblesse des effectifs), notamment pour les médicaments de substitution aux opiacés (buprénorphine et méthadone). Cependant lorsque les usagers sont interrogés sur l'intentionnalité de l'usage, il apparaît que l'usage « pour se défoncer »⁴⁵ des médicaments de substitution est nettement plus élevé chez les jeunes SDF que chez les jeunes moins précaires.

Si les données ne montrent pas une fréquence d'injection ou du partage de matériel significativement différente chez les SDF et les non SDF, les premiers consomment davantage dans des situations précaires (dans la rue et en squat). Il est également possible (écart non significatif) qu'ils soient davantage susceptibles d'être contaminés par les virus de l'hépatite C ou du VIH.

Des marqueurs de vulnérabilité

Deux marqueurs ont été retenus : le fait de déclarer consommer de la buprénorphine haut dosage uniquement dans un but de « défonce » et le fait de consommer des sulfates de morphine. Si les sulfates de morphine, en dépit de l'absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, sont parfois prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés, ces prescriptions ne s'adressent pas, en principe, à des usagers de moins de 25 ans. On peut donc considérer le simple usage de sulfates de morphine comme le marqueur d'un usage problématique.

Usage au cours du dernier mois de buprénorphine haut dosage pour « se défoncer ».

On constate, en effet, une forte précarité sociale des usagers de moins de 25 ans consommant de la buprénorphine uniquement pour se défoncer (n=36 seulement). Ils ont un mode de logement instable ou précaire pour 83 % d'entre eux. Ils sont 42 % à se dire SDF, près de 20 % vivent en squat (non compris dans les SDF) et moins de 6 % vivent en famille de manière durable. Les deux tiers d'entre eux (69 %) n'ont pas fréquenté le lycée (niveau secondaire ou BEP/CAP) et autant sont inactifs. Aucun ne dispose d'un travail rémunéré continu. La même part (67 %) ne dispose d'aucune ressource. Plus du quart (28 %) n'a aucune couverture sociale et 39 % bénéficient de la CMU. Leur profil de consommation au cours du mois précédent varie de celle de l'ensemble essentiellement sur l'alcool (36 % d'entre eux consomment quotidiennement au moins 10 verres par jour vs 18 %) et les substances issues du milieu festif (ecstasy : 44 % vs 21 %).

Usage au cours du dernier mois de sulfates de morphine.

Ce niveau de précarité peut aussi être observé chez les jeunes usagers de sulfates de morphine au cours du mois précédent (n=48): 79 % d'entre eux vivent dans un logement instable ou précaire parmi lesquels 40 % (de l'ensemble) sont SDF, 17 % vivent en squat, en camion ou en mobil-home. Seuls 10 % d'entre eux vivent encore dans la famille. Quatre sur 5 (83 %) n'ont pas été au lycée (niveau secondaire ou CAP/BEP), 67 % sont inactifs et 10 % sont au chômage. Ils sont 59 % à ne disposer d'aucune ressource. Un tiers (31 %) n'a aucune couverture sociale et 42 % sont couverts par la CMU.

Ces deux groupes ne se recoupent qu'en partie (11 personnes) et, au contraire du groupe précédent, on trouve chez les jeunes usagers ayant consommé des sulfates de morphine au cours du mois précédant une surconsommation de substances (héroïne 59 % vs 45 % pour les non usagers de sulfates de morphine, cocaïne 63 % vs 40 %, BHD 65 % vs 38 %, méthadone 39 % vs 25 % etc.). Ils présentent également une consommation de médicaments assez spécifiques : benzodiazépines 41 % vs 16 % dont flunitrazepam 14 % vs 2 % de l'ensemble, Artane 4 % vs 0 %.

⁴⁵ La réponse précisait « pour se défoncer 'y compris gérer une descente de stimulants ou gérer le manque) ». Les autres réponses proposées étaient « pour arrêter l'héroïne ou un autre opiacé ou pour se soigner » et « Les deux »

Curieusement, les uns et les autres ne se sentent pas en plus mauvaise santé physique ou psychique que les autres usagers du même âge.

On peut également noter que l'alcoolisation quotidienne avec au moins 10 verres par jour est liée à des indicateurs socio-économiques très défavorables, sans que l'on repère de grandes spécificités dans les profils d'usage à l'exception de l'usage plus important de buprénorphine et d'ecstasy.

II.2.2. Les groupes d'usagers les plus vulnérables : Approche qualitative.

Actuellement en France, deux groupes sociaux conjuguent une vulnérabilité sociale particulière et des usages à risques fréquents. Le renforcement des usages à risque – qu'il s'agisse des produits consommés ou des modes d'administration dans les groupes d'usagers les plus précarisés apparaît comme une tendance marquante de ces dernières années. Polyconsommation intensive et quotidienne, retour à l'héroïne, renforcement du mésusage de la buprénorphine et des sulfates de morphine et surtout progression de l'injection, apparaissent en effet de plus en plus visibles dans ces populations particulières (Cadet-Tairou et al. 2007).

Les jeunes désaffiliés.

Depuis l'année 2002, le dispositif d'observation de TREND fait état de la visibilité accrue d'une population de plus en plus jeune en situation d'errance, aux conditions de vie généralement précaires, inscrite souvent dans des polyconsommations anarchiques et recourant ponctuellement aux dispositifs sanitaires et sociaux d'urgences (Bello, Py et al. 2005). Ce groupe de jeunes usagers (en dessous de 25 ans habituellement) a été appelé « errants » par Bello et al. qui en font une description approfondie dans un rapport du dispositif TREND (Bello, Py et al. 2005). Contrairement à un groupe social qualifié de « nomades » constitué de jeunes qui revendiquent leur appartenance à un univers contre-culturel investi dans un cadre collectif, voire communautaire, et qui semblent disposer, en dépit de conditions de vie relativement précaires, d'une certaine maîtrise de leurs déplacements, de leurs revenus et de leurs usages de produits psychotropes, les « errants » sont caractérisés par une marginalité subie. En effet, alors que chez les « nomades » la marginalité est revendiquée comme un mode de vie, la plupart des jeunes « errants », en rupture familiale et scolaire, se retrouvent entraînés dans un processus de « désaffiliation » (Castel 1999) les conduisant vers une marginalité sociale d'autant plus rapide qu'ils n'accèdent pas aux revenus sociaux. Leur mobilité apparaît finalement assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération et leurs déambulations sont opportunistes, liées aux besoins de survie et à la disponibilité des produits⁴⁶.

Non sous-tendues par des revendications contre-culturelles les consommations de substances psychotropes sont d'abord celles attachées au milieu festif, ecstasy et cocaïne. Cependant elles sont également particulièrement marquées par les usages d'hallucinogènes naturels (Salvia, cactus, champignon, Datura), de buprénorphine et de sulfates de morphine, notamment à Paris dans les milieux proches des punks et des travellers. Le polyusage est la règle, les mélanges se faisant à l'opportunité les usages apparaissant particulièrement anarchiques dans les populations les plus désaffiliées. Il faut mentionner également la fréquence de l'abus d'alcool.

L'injection, conservant son image négative, resterait peu pratiquée particulièrement chez les plus jeunes mais on note depuis plusieurs années un passage plus fréquent à l'injection avec l'avancée en âge. Avec l'entrée dans une dépendance aux opiacés, l'abus d'alcool serait le premier responsable des problèmes sanitaires de ces jeunes. Les dégâts sanitaires

⁴⁶ On trouvera une description de ces usagers et de leurs usages dans le rapport TREND 2004.

liés à un mode de vie particulièrement précaire sont également très présents (affections cutanées, traumatologiques, violences...).

Leur cohabitation avec les autres usagers des structures de réduction des risques ou de soins, lorsqu'ils les fréquentent, est conflictuelle (déplacements en groupe, présence de chiens...). La particularité des moins de 25 ans, par rapport aux plus âgés, serait une réticence encore plus importante au contact avec les professionnels du soin ou de la réduction des risques, dont ils ne fréquentent les structures que pour répondre à des besoins à court terme. De plus, leurs déambulations empêchent tout travail dans la durée.

Enfin, comme cela a pu être constaté au plan quantitatif, les limites d'âges inscrites dans le dispositif social français excluent les jeunes des aides à l'accès au logement, au revenu ou à la couverture santé. Si cette population apparaît masculine pour une large majorité, on note dès 2005 une visibilité particulière des usages féminins. On observe, à des degrés variables selon les agglomérations, une féminisation des populations désaffiliées, notamment parmi les plus jeunes (18-22 ans), que la grande précarité sociale peut mener à la prostitution ainsi qu'une radicalisation des comportements d'usage féminins avec notamment une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection).

Les nouveaux migrants en provenance d'Europe de l'Est.

L'autre groupe, essentiellement urbain, est constitué de personnes également très précarisées, principalement en provenance des pays d'Europe de l'Est. La connaissance de ces usagers se fonde presque uniquement sur des données ethnographiques, la barrière de la langue et leur crainte d'être repérés par les forces de l'ordre les amenant à ne pas répondre aux enquêtes par questionnaire⁴⁷.

Vivant essentiellement dans des squats collectifs, cette population très majoritairement masculine est cependant hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine. Si ces groupes comportent des personnes de tout âge, une partie d'entre eux n'a pas 25 ans. Ils ont fui des événements traumatisants familiaux ou liés à des persécutions diverses dans les pays d'origine, des démêlés avec la justice locale ou sont venus chercher une possibilité d'accéder aux traitements des infections à VIH ou VHC, l'accès aux traitements de substitution ou simplement une vie supposée meilleure en Europe occidentale. Cependant, l'accès au travail et aux soins s'avère très limité du fait de leur absence de statut légal sur le territoire français et beaucoup connaissent des conditions de santé très dégradées en particulier du fait des conséquences de l'injection. La reconnaissance de l'infection à VIH ou au VHC peut constituer un « passeport » pour l'accès à des soins plus généraux mais la prise en charge s'avère chaotique compte tenu de leurs conditions de vie.

Les pratiques rapportées depuis plusieurs années sont avant tout marquées par des ingestions de quantités massives d'alcool qui concourent, notamment du fait de la violence qu'elles favorisent, à la socialisation difficile de ces usagers. L'usage des autres produits est contraint par leurs faibles revenus et se concentre en France sur les médicaments : opiacés, notamment sulfates de morphine et buprénorphine accompagnant ou poursuivant un usage d'héroïne le plus souvent débuté dans le pays d'origine, et benzodiazépines, notamment Valium®. Certains poursuivent également un usage d'amphétamine initié dans le pays d'origine. Polyconsommateurs, beaucoup connaissent une perte de maîtrise totale de leurs usages.

⁴⁷ Ces données sont issues des rapports des sites du réseau TREND ayant travaillé en 2005 sur le thème « nouveaux migrants et usage de drogue » à partir des outils de recueil en continu du réseau : observations ethnographiques, entretiens, groupes focaux et questionnaires qualitatifs. Il s'agit des coordinations de Marseille, Paris et Rennes. Elle seront synthétisées et publiées fin 2007.

Ces produits sont consommés très majoritairement par injection. Ils sont obtenus soit sur le marché parallèle, soit par prescription pour ceux, peu nombreux, qui ont accès à la CMU et qui contribuent également à alimenter le trafic. Celui-ci constituerait en effet un des moyens de la survie. La barrière de la langue et la violence de leurs relations rendent leur socialisation problématique, y compris parmi les autres usagers de drogue. Ajoutés à leur grande précarité sociale, ces éléments en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge. Ainsi, la montée quantitative de la présence de ces deux populations d'usagers dans les dispositifs de première ligne et de soins pose la question de leur adaptation à un public plus nombreux, plus jeune, plus hétérogène et dont le problème central se pose d'abord en termes de resocialisation.

II.3.3. Diversité des risques et des pratiques au sein du milieu festif techno.

Une étude quantitative en milieu festif techno réalisée en 2004 et 2005 après une démarche d'échantillonnage ethnographiquement raisonnée a permis d'estimer non seulement les niveaux d'usages de produits psychotropes en milieu festif techno, mais également la fréquence de certaines pratiques à risques (Reynaud-Maurupt et al. 2007). La phase quantitative de l'étude a été précédée par une phase de recherche ethnographique qui a permis de déterminer quatre « groupes d'affinité » repérables, à quelques variantes locales près, sur l'ensemble des sites. Parmi les usagers enquêtés, 829 avaient entre 16 et 24 ans.

On observe que les quatre « groupes d'affinité » fréquentant la scène techno, repérés lors de la phase ethnographique, se distinguent par leurs profils socio-démographiques mais aussi par des niveaux de consommation différents (Tableau 12.4). Ainsi, il existe une sorte de gradation entre la situation sociale et les pratiques des usagers selon le groupe préférentiellement fréquenté :

- le groupe Alternatif (rave et free parties). Une partie de cette population est constituée d'adeptes de la contre-culture.
- le groupe Urbain (bars musicaux). Ils se définissent avant tout comme mélomanes. Mieux insérés socialement, ce groupe comporte une part importante d'étudiants.
- le groupe *clubbing* (boîtes de nuit dédiées à la musique électronique). Il est constitué en majorité d'une population hédoniste qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Les établissements *gay friendly* investigués dans le cadre de l'enquête appartiennent à ce groupe d'affinité ;
- le groupe Sélect (boîtes nécessitant une co-optation ou bar exigeant une « tenue correcte »)⁴⁸. Il s'agit d'une population au niveau de vie plus élevé que dans les autres groupes qui cultivent « l'entre-soi » (Reynaud-Maurupt et al. 2007).

Les familiers de l'espace alternatif, plus jeunes, consomment en effet les produits à une fréquence plus importante. Ils ont davantage tendance à utiliser le sniff, voire l'injection. On peut ajouter (données non présentées ici) qu'ils fixent le risque lié à l'usage des produits à un seuil plus élevé que les autres groupes. Dans le même temps, leur niveau d'étude, leurs revenus et leur indépendance sont en moyenne plus faibles que pour les autres groupes. Cependant, si l'on peut observer notamment chez les jeunes qui fréquentent le milieu alternatif des fréquences d'usage importantes, la précarité sociale semble quantitativement limitée.

⁴⁸ Une description de ces différents groupes est disponible dans Reynaud-Maurupt, C., Chaker, S., Claverie, O., Monzel, M., Moreau, C., Evrard, I., et al. (2007). Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques". OFDT, St Denis, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxcrn9.html>.

Les données ethnographiques recueillies dans le cadre du dispositif TREND montrent depuis plusieurs années l'existence de glissements pour certains consommateurs vulnérables de l'usage festif vers un usage non maîtrisé.

Tableau 12.4. Caractéristiques démographiques et pratiques des quatre + groupes d'affinités repérés en milieu festif électronique, 2004-2005.

	Alternatif N = 337	Urbain N = 228	Clubbing N = 184	Select N = 80
Données socio-démographiques				
Hommes	65,6	64,5	51,1	52,5
Age moyen	21,0	21,3	21,2	22,1
Études supérieures après le baccalauréat	31,5	61,4	54,3	80,0
Logement chez les parents	37,1	35,3	38,8	39,5
Logement : chez des amis, précaire ou en institution	9,2	5,7	4,9	2,5
Activité rémunérée au cours des 6 derniers mois (continue, intermittente, stage rémunéré ou petit job)	71,5	71,5	72,8	65,1
Dont activité rémunérée continue	30,9	28,5	40,8	33,8
Étudiants au cours des six derniers mois	38,0	46,5	29,9	46,3
Chômage	9,5	3,9	7,1	1,3
CMU	16,0	3,8	3,8	3,5
Aucune couverture sociale	1,5	1,3	0,0	0,0
Raisons pour sortir le soir				
Prendre des drogues (important / très important)	38,5	24,8	14,2	6,4
Usage au moins une fois dans le mois				
Ecstasy	54,3	26,3	20,7	7,5
Cocaïne non basée	42,7	24,1	17,9	17,5
Crack ou free base	12,2	4,4	1,6	0,0
Amphétamines	30,9	9,6	5,4	1,3
Champignons hallucinogènes	23,7	16,2	2,7	1,3
LSD	22,0	7,9	2,7	1,3
Héroïne	13,4	2,2	1,1	1,3
Poppers	8,0	7,5	17,9	3,8
Kétamine	5,3	0,9	0,0	0,0
Cannabis quotidien	68,0	48,2	20,1	23,8
Plus de 10 verres d'alcool par occasion	17,7	14,9	6,9	9,3
Age moyen à la première ivresse	14,3	15,1	15,9	15,6
Mélange de 3 produits au cours d'une même soirée sans compter le tabac, durant les 30 derniers jours, dans les groupes d'affinité	69,2	40,8	23,9	18,8
Administration par voie injectable				
Oui, au moins une fois dans la vie	3,0	1,8	0	1,3
Oui, au moins une fois au cours du dernier mois	0,3	0,0	0,0	0,0

Source : Quanti-festif 2004-2005, OFDT / GRVS (données chez les moins de 25 ans non publiées)

II.4. Discussion.

Les populations à prévalence et fréquence d'usage de substances psychotropes élevées présentent une vulnérabilité sociale nettement plus importante que la population générale du même âge. Ces populations sont cependant hétérogènes et on différencie parmi elles des groupes clairement plus vulnérables que les autres soit sur le plan socio-économique, soit sur le plan des usages de produits et en général sur ces deux aspects à la fois. Il semble, par ailleurs, que dans les populations les plus précaires l'usage de drogues illicites ou de

médicaments détournés soit lié à une alcoolisation massive, qui, pour certains usagers constitue la consommation la plus problématique.

L'apport des données qualitatives dans la connaissance des populations vulnérables.

Dans un objectif de prévention, de réduction des risques, de soutien ou de traitement, il importe de pouvoir identifier les populations vulnérables suffisamment précisément et de pouvoir déterminer leurs besoins. Pour ce faire, il ressort de notre expérience que, pour ces populations déjà fortement consommatrices et présentant à des degrés divers une précarisation marquée, l'apport des données qualitatives semble supérieur à celui des données quantitatives.

La comparaison entre des SDF (et/ou logement précaire) et les autres usagers des structures de première ligne montre, certes, des écarts au plan de la précarité sociale, mais à partir des indicateurs utilisés, on repère, somme toute, peu de différences entre ces deux groupes au plan des usages (compte tenu des niveaux de consommation de la population globale sur laquelle on travaille). Il faut se pencher sur l'intentionnalité des usages de certains marqueurs, substitués aux opiacés essentiellement, pour observer des écarts.

Dans le cadre de la recherche de marqueurs, les données quantitatives ne font que confirmer ce que montrent les données qualitatives. L'utilisation de statistiques multivariées sur des échantillons plus larges permettrait peut-être d'identifier plus clairement des groupes vulnérables. Toutefois, les indicateurs courants habituellement utilisés manquent de finesse pour décrire les situations assez complexes (culture, relation avec la famille, parcours de vie...). De plus, une part des populations vulnérables en France en termes de pratiques à risque comme en terme de situation sociale ne parle pas français et, vivant parfois dans une certaine illégalité, fuit tout ce qui peut ressembler à un interrogatoire. Seule une approche plus compréhensive, avec traducteur éventuellement, peut permettre d'approcher ces personnes. Les données qualitatives permettent ainsi de construire des typologies beaucoup plus proches de la réalité et donc beaucoup plus opérantes pour cibler des populations précises et identifier leurs besoins. A l'inverse, lorsque des typologies ont été élaborées à partir des données ethnographiques, l'approche quantitative permet d'objectiver les phénomènes avec davantage de certitude comme le montre les résultats de l'enquête « quanti-festif ».

Le poids de la dimension sociale de la vulnérabilité

Sans entrer dans le débat de la causalité entre précarité sociale et usage de drogue, il semble que les difficultés sociales chez la majorité des jeunes usagers observés ne découlent pas de l'usage de drogues mais coexistent avec lui. Surtout, la vulnérabilité sociale apparaît comme un handicap important pour concevoir un travail de soutien et de prise en charge : absence d'accès aux soins, exclusion sociale favorisant une sociabilité uniquement parmi les pairs, absence de stabilité géographique pour mener à bien des soins éventuels ou un suivi social ou psychologique, etc. Aussi triviale que cette affirmation puisse paraître, tant elle est évidente, il est clair que la prise en compte de l'aspect socio-économique apparaît indispensable à la prise en charge des usages problématiques.

III. Description des jeunes de moins de 25 ans accueillis en CSST.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) réalisée pour la première fois à l'échelle nationale en 2005. L'objectif principal de RECAP est de suivre le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge en France pour des problèmes d'addiction dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Un objectif secondaire de RECAP est de fournir des informations à l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie (OEDT) conformément au protocole européen

d'enregistrement des demandes de traitement que tous les pays européens se sont engagés à respecter. Les établissements spécialisés en alcoologie ne sont actuellement pas intégrés dans le champ de compétences de l'OEDT. Les données exploitées ici concernent donc les patients de moins de 25 ans reçus dans les CSST pour leurs problèmes liés à l'usage de drogue. Ils peuvent avoir été accueillis soit dans le cadre habituel du CSST soit dans le cadre de la « consultation jeunes consommateurs » rattachée au CSST. Il n'est toutefois pas possible de distinguer, à partir des données RECAP 2005, les patients vus dans le cadre d'une « consultation jeunes consommateurs ». Le terme CSST fera donc référence indifféremment aux deux contextes d'accueil.

L'objectif est de présenter les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques d'usages de drogues des jeunes patients vus en CSST présentant certains critères de vulnérabilité et de mettre en évidence leurs particularités. Les groupes vulnérables prédéfinis *a priori* sont les sans-abri, les jeunes vivant en institution, les « délinquants » et les personnes ayant des antécédents psychiatriques. Les résultats de l'analyse de l'ensemble des patients reçus dans les CSST [2] et ceux d'une enquête spécifique réalisée auprès du public vu dans les « consultations jeunes consommateurs » [3] amènent à distinguer trois groupes de patients pour décrire leurs usages de drogues : les patients dont le motif principal de prise en charge est la consommation de cannabis, ceux qui sont reçus pour leurs difficultés avec les opiacés et/ou la cocaïne et ceux dont les problèmes sont liés à l'usage d'autres substances. Ces groupes sont constitués en tenant compte des informations concernant le produit consommé au cours des 30 derniers jours causant le plus de problèmes à l'usager, le produit ayant motivé le recours aux soins et l'existence ou non d'un traitement de substitution⁴⁹.

En 2005, on compte environ 15 200 patients âgés de moins de 25 ans reçus dans 95 CSST ambulatoires distincts, 15 centres thérapeutiques résidentiels et 2 CSST situés en milieu pénitentiaire. Cet effectif représente 34 % de l'ensemble du public accueilli dans ces structures décrit antérieurement [2]. Le taux de réponse pour la file active, comme pour le nombre de structures, est proche de 50 %.

Dans un premier temps, nous présentons quelques indicateurs de vulnérabilité observés dans la population des moins de 25 ans reçue dans les CSST. Parmi ces indicateurs, certains sont choisis pour constituer quatre groupes de patients (les « groupes vulnérables ») qui sont successivement décrits et comparés avec les jeunes patients « non vulnérables », ceux n'appartenant à aucun groupe vulnérable prédéfini.

III.2.1. Les critères de vulnérabilité

Le profil moyen des patients de moins de 25 ans pris en charge dans les CSST est celui d'un jeune de 20,3 ans vivant dans un environnement socio-économique relativement stable, habitant chez ses parents (65 %) dans un logement durable (81 %), et qui est orienté vers la structure de soins par la justice (40 %) ou par un proche (15 %) pour ses problèmes liés à l'usage de cannabis (63 %).

Ces moyennes ne doivent toutefois pas masquer les conditions particulièrement difficiles de certains usagers, tant aux niveaux social, économique et sanitaire, que du point de vue des contacts avec la justice et/ou les forces de l'ordre. On constate en effet que près d'un quart des moins de 25 ans rencontrés dans les CSST fait face à des difficultés financières : ils sont sans ressource (17 %) ou vivent de revenus de solidarité (6 %). La déscolarisation précoce touche 22 % des jeunes patients dont le niveau scolaire ne dépasse pas le BEPC. La précarité ou la difficulté du lieu de vie concerne 19 % des patients : ils vivent en institution (5 %) ou en établissement pénitentiaire (2 %), dans un logement provisoire (9 %) ou sont

⁴⁹ Un patient pris en charge pour ses difficultés avec le cannabis mais qui reçoit par ailleurs un traitement de substitution (anciens héroïnomanes par exemple) fera partie du groupe « opiacés/cocaïne »

sans domicile fixe (SDF, 2 %). Lorsque l'information est disponible⁵⁰, on observe une proportion non négligeable de personnes ayant déjà été hospitalisées en psychiatrie (15 %) ou ayant un antécédent de tentative de suicide (13 %). Plus d'un jeune sur dix (12 %) a déjà été incarcéré.

Même s'ils sont minoritaires, certains jeunes patients vivent dans des conditions de grande vulnérabilité. Il s'avère utile de mieux les décrire, tant du point de vue de leur situation sociodémographique que de leurs usages de drogues, dans l'éventualité de mettre en évidence leurs spécificités. Une meilleure connaissance de ces groupes permettra d'adapter et d'améliorer les stratégies préventives et thérapeutiques pour mieux répondre à leurs besoins particuliers.

Les différents indicateurs de vulnérabilité sont parfois étroitement liés et souvent concentrés sur les mêmes personnes. C'est le cas par exemple de la déscolarisation précoce qui est naturellement à l'origine d'une précarité professionnelle et financière. Les groupes vulnérables retenus *a priori* sont constitués à partir de différents indicateurs portant sur le lieu de vie, l'existence d'actes de délinquance et la présence de troubles psychiatriques. Ainsi sont décrits successivement les patients sans domicile, les jeunes vivant en institution, ceux ayant déjà été incarcérés et/ou placés en milieu pénitentiaire et les patients ayant des antécédents d'hospitalisation psychiatrique et/ou de tentative de suicide. Pour chaque groupe vulnérable, la situation des patients est comparée à celle du public reçu qui n'a aucune des caractéristiques vulnérables étudiées. Les quatre groupes se recoupent parfois, une même personne pouvant présenter plusieurs facteurs de vulnérabilité. Sur l'ensemble des patients de moins de 25 ans reçus en CSST, 21,4 % ont au moins une caractéristique de vulnérabilité liée au lieu de vie (SDF ou vivant en institution), aux actes de délinquance et/ou aux antécédents psychiatriques. Parmi les patients vulnérables, la majorité ne présente qu'une caractéristique (86 %), mais une proportion non négligeable cumule deux critères (14 %) voire trois (1,2 %).

Tableau 12.5. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon les critères de vulnérabilité.

	Effectif	%
Patients sans domicile	316	2,4
Patients en institution	692	5,2
Patients « délinquants »	1277	11,9
Patients avec antécédents psychiatriques	1476	20,2
Patients avec au moins un critère de vulnérabilité	3256	21,4
Patients sans critère de vulnérabilité	11932	78,6
Total patients	15188	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

III.2.2. Les jeunes sans domicile

La population déclarant ne pas avoir de domicile est moins jeune que celle des patients « non vulnérables » (âge moyen de 21,7 ans vs 20,1 ans) et plus féminine (26 % vs 19 %). Majoritairement sans profession (inactif ou au chômage) (84 % vs 25 %) et sans ressource (54 % vs 15 %), les patients sans domicile reçus en CSST vivent pour la plupart seuls (64,5 % vs 12 %) ou avec leur conjoint ou des amis (18 % vs 12 %). Leur niveau d'étude est plus faible (Tableau 12.6). Le recours au CSST est principalement la conséquence d'une orientation par une autre structure socio-sanitaire (41 % vs 15 %) ou d'une demande

⁵⁰ Les taux de réponse aux questions sur les antécédents d'hospitalisation et de tentative de suicide sont respectivement 46 % et 42 %

spontanée de la part de l'utilisateur (40 % vs 21 %). Etant donnée la forte proportion d'individus ayant déjà utilisé l'injection chez les jeunes sans domicile (42 % vs 10 %), il n'est pas surprenant d'observer une prévalence déclarée du VHC dans la population des « injecteurs » plus élevée parmi les SDF (12,5 % vs 2,9 %). Un tiers des jeunes sans domicile a déjà été incarcéré. Certains jeunes SDF font état d'antécédents psychiatriques : 36 % ont déjà été hospitalisés pour motif psychiatrique autre qu'un sevrage et 29 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 12.6. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon le niveau d'étude.

	SDF		« Non Vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Primaire inachevé	2	1,0	19	0,2
Niveau primaire	18	9,3	187	2,2
Niveau BEPC	59	30,4	1429	16,8
Niveau BEP, CAP	89	45,9	3748	44,1
Niveau Bac	22	11,3	2351	27,6
Niveau Bac+2	3	1,5	500	5,9
Niveau au-delà Bac+2	1	0,5	269	3,2
Total patients	194	100,0	8503	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

On dispose d'informations sur les produits pour 282 jeunes SDF. Plus de la moitié est reçue en CSST pour des difficultés avec les opiacés et/ou la cocaïne (55 % vs 23 %), un quart l'est exclusivement au titre du cannabis (24 % vs 68 %) et environ un usager sur cinq est vu pour ses problèmes avec un autre produit (21 % vs 9 %).

Les usagers d'opiacés/cocaïne sans domicile se caractérisent par des pratiques à risque plus fréquentes : l'injection est le mode d'usage le plus utilisé (47 % vs 14 % chez les jeunes usagers d'opiacés/cocaïne « non vulnérables ») suivie du sniff (23 % vs 58 %). Deux usagers d'opiacés/cocaïne sur trois consomment quotidiennement, la plupart fait état d'une dépendance (78 %) et les deux tiers reçoivent un traitement de substitution.

Les jeunes SDF pris en charge en CSST pour leurs problèmes liés au cannabis se distinguent des autres usagers de cannabis « non vulnérables » par des niveaux de consommations nettement plus marqués. Les cas de dépendance sont plus fréquents pour les SDF que chez les patients « non vulnérables » reçus au titre du cannabis (73 % vs 41 %) et les usages à risques relativement moins nombreux (13 % vs 36 %).

Les jeunes SDF venus en consultation dans un CSST pour une autre substance mentionnent plus souvent des problèmes avec le crack (7 % vs 0,2 % chez les « non vulnérables » vus pour usages d'autres substances) et moins souvent avec le cannabis⁵¹ (7 % vs 18 %). Ils ont commencé leur consommation nettement plus jeunes (14,9 ans vs 16,7 ans) et font part de niveaux d'usages plus élevés (73 % vs 47 % d'usages quotidiens).

III.3. Les jeunes en institution

Les jeunes patients vivant en institution se distinguent des autres patients n'ayant aucun des quatre caractéristiques de vulnérabilité par des modalités de recours aux soins différentes. Ils sont principalement orientés vers le CSST par une institution, un service social ou une

⁵¹ Ces usagers ne font pas partie du groupe « cannabis » parce que le produit ayant motivé leur prise en charge en CSST est un autre produit que le cannabis

autre structure socio-sanitaire et moins souvent suite à une mesure judiciaire (Tableau 12.7). Majoritairement inactif ou au chômage (49 % vs 25 %), ils sont plus souvent sans ressource (32 % vs 15 %) et bénéficient plus rarement de revenus d'emploi (16 % vs 34 %). Une part plus importante a arrêté sa scolarisation à l'école primaire (9 % vs 2 %) ou n'est pas allé au delà du collège (42 % vs 19 %). Comme pour les SDF, la proportion de personnes ayant déjà utilisé l'injection est plus élevée parmi les jeunes vivant en institution (20 % vs 10 %) ; l'écart avec les « non vulnérables » est cependant moins marqué qu'il ne l'était pour les SDF. Parmi les injecteurs, la sérologie VHC est déclarée positive dans 10,5 % des cas (vs 2,9 %). Concernant l'état de santé mentale, un tiers fait part d'antécédents d'hospitalisations en psychiatrie et 27 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Les informations sur les produits sont disponibles pour 650 jeunes en institution (soit 94 %). Ils sont majoritairement pris en charge pour usage de cannabis mais le sont moins souvent que les jeunes patients « non vulnérables » (54 % vs 68 %). Les recours aux soins pour des problèmes liés à l'usage d'autres substances que les opiacés/cocaïne et le cannabis sont plus fréquents pour les jeunes vivant en institution (18,5 % vs 9 %).

Les jeunes vivant en institution et reçus en CSST pour leurs difficultés avec le cannabis, comparés aux patients « non vulnérables » usagers de cannabis, déclarent plus souvent un usage quotidien (63 % vs 46 %) qui relève davantage d'une dépendance (54 % vs 41 %) ou d'un usage nocif (28 % vs 23 %). Ils ont commencé leur usage plus jeunes (14,4 ans vs 15,4 ans).

Les jeunes usagers d'opiacés/cocaïne vivant en institution reçoivent plus souvent un traitement de substitution par rapport aux usagers d'opiacés/cocaïne n'appartenant pas aux groupes vulnérables (74 % vs 66 %). Le mode d'usage le plus répandu est le sniff (42 % vs 58 %) suivi de la voie intraveineuse (30 % et 14 %).

Les jeunes en institution sont caractérisés par une proportion plus forte de consultations en CSST pour des problèmes liés aux autres hallucinogènes (32 % vs 5 %) et par un moindre poids des prises en charge pour usage de cannabis (12 % vs 18 %), de tabac (3 % vs 16 %) et de MDMA (4 % vs 9 %). La consommation, en général régulière (usages quotidiens pour 49 % et pluri-hebdomadaires pour 19 %), est qualifiée de dépendance dans 42 %.

Tableau 12.7. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 selon l'origine de la prise en charge.

	Vivant en institution		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Le patient lui-même	159	24,1	2253	21,2
Les proches (familles/amis)	26	3,9	1726	16,2
Médecin de ville	16	2,4	523	4,9
CSST, assimilé	32	4,9	170	1,6
structures de RDR	13	2,0	151	1,4
Structure spécialisée en alcoologie	8	1,2	98	0,9
Equipe de liaison	19	2,9	29	0,3
Autre hôpital/autre sanitaire	45	6,8	245	2,3
Institutions et services soc	183	27,8	333	3,1
Obligation de soins	35	5,3	837	7,9
Injonction thérapeutique	26	3,9	912	8,6
Justice : classement avec orientation	21	3,2	1384	13,0
Autre mesure judiciaire ou administrative	50	7,6	1577	14,8
Milieu scolaire/Universitaire	13	2,0	249	2,3
Autre	13	2,0	145	1,4
Total patients	659	100,0	10632	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

III.4. Les jeunes « délinquants »

Le groupe des « délinquants » est composé de jeunes patients déclarant avoir déjà été incarcérés au moins une fois et/ou placés en milieu pénitentiaire. Comparés aux jeunes patients « non vulnérables » vus en CSST, les « délinquants » sont plus vieux (21,9 vs 20,1) et caractérisés par une proportion plus faible de filles (7,0 % vs 19 %). Ils consultent d'eux-mêmes (28 % vs 21 %) ou suite à une obligation de soins (23 % vs 8 %) et sont moins souvent orientés vers le CSST par une autre mesure de justice (16 % vs 36 %). Ils se distinguent des autres patients « non vulnérables » par une proportion plus élevée de chômeurs et d'inactifs et une moindre part d'étudiants (Tableau ci-dessous). Ils sont plus nombreux à avoir déjà utilisé la voie intraveineuse comme mode d'usage (21 % vs 10 %). Par rapport aux SDF et aux jeunes vivant en institution, la part des jeunes « délinquants » ayant des antécédents psychiatriques est plus faible : 22% ont déjà été hospitalisés et 18,5 % ont déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 12.8. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005 suivant la situation professionnelle.

	« Délinquants »		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Activité rémunérée continue	161	14,7	1946	19,9
Activité rémunérée intermittente	168	15,3	1538	15,8
Chômage	321	29,3	1402	14,4
Etudiant, élève, stage non rémunéré	82	7,5	3789	38,9
Autre inactif	363	33,2	1067	10,9
Total patients	1095	100,0	9742	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

Les informations sur les produits consommés, disponibles pour 1108 jeunes « délinquants », montrent que le produit principal le plus souvent en cause dans leur prise en charge fait partie du groupe opiacés/cocaïne (46 % vs 23 % pour les jeunes patients « non vulnérables ») mais le poids du cannabis est relativement proche (40 % vs 68 %). La part des usagers en difficulté avec d'autres produits est plus élevée parmi les jeunes « délinquants » (15 % vs 9 %).

Les jeunes « délinquants » en difficulté avec les opiacés/cocaïne ont des modalités d'usage similaires à celles des jeunes patients « non vulnérables » pris en charge pour usages d'opiacés/cocaïne. Principalement usagers quotidiens (71 %), ils relèvent d'une dépendance (81 %) et utilisent majoritairement le sniff (54%) puis la forme fumée/inhalée (22 %).

Lorsqu'ils sont reçus dans les CSST pour leurs usages problématiques de cannabis, les niveaux de consommation sont plus forts chez les « délinquants » que chez les « non vulnérables » : l'usage quotidien de cannabis est plus fréquent (65 % vs 46 %), les cas de dépendance (53 % vs 41 %) plus nombreux par rapport aux autres patients « non vulnérables » reçus au titre du cannabis.

Les jeunes « délinquants » vus en CSST pour des problèmes liés à l'usage d'autres substances que le cannabis et les opiacés/cocaïne ont des niveaux de consommation supérieurs à ceux des jeunes usagers d'autres produits « non vulnérables » : 55 % (vs 45 %) font état de dépendance et 59 % sont usagers quotidiens (vs 47 %).

III.5. Les jeunes présentant des antécédents psychiatriques.

Dans la population des moins de 25 ans reçus en CSST, 1476 personnes (soit 20 %) présentent des antécédents psychiatriques. Parmi elles, 44 % ont déjà été hospitalisées en psychiatrie pour un motif autre qu'un sevrage, 31 % ont déjà fait une tentative de suicide et 25 % mentionnent les deux. Les patients avec antécédents psychiatriques sont en moyenne un peu plus âgés (21,1 vs 20,1 ans) et comprennent une proportion de femmes nettement plus élevée (35 % vs 19 %) que les jeunes patients n'ayant aucune des caractéristiques de vulnérabilité prédéfinies. Ces jeunes vivent plus fréquemment seuls (23 % vs 12 %), sans leurs parents (50 % vs 28 %). Ils mentionnent plus souvent un logement provisoire (15 % vs 9 %), 4,5 % d'entre eux sont sans logement et 10 % vivent en institution. Ce groupe se caractérise par une forte proportion de personnes percevant l'AAH ou le RMI (Tableau 12.9). Comparés au groupe des patients « non vulnérables », les consultants ayant des antécédents psychiatriques sont plus souvent orientés vers le CSST par des partenaires socio-sanitaires (34 % vs 15 %) ou sont venus d'eux-mêmes (32 % vs 21 %) et moins souvent suite à une décision de justice (14 % vs 44 %). Parmi les jeunes ayant des antécédents psychiatriques, 16 % ont déjà été incarcérés. L'injection a été expérimentée par plus d'un patient avec antécédents psychiatriques sur quatre (27 % vs 10 %) et la

prévalence déclarée au VHC parmi ceux qui déclarent avoir utilisé l'injection est plus élevée (8,4 % vs 2,9 %).

Les patients présentant une vulnérabilité psychiatrique par rapport aux autres jeunes patients « non vulnérables » sont plus souvent pris en charge dans les CSST pour leurs difficultés avec les opiacés/cocaïne (46 % vs 23 %) et d'autres substances (15 % vs 9 %) que pour des problèmes liés au cannabis (38 % vs 68 %).

Tableau 12.9. Répartition des jeunes patients accueillis dans les CSST en 2005.

	Avec antécédents psychiatriques		« Non vulnérables »	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Revenus d'emplois	299	22,9	3171	35,5
ASSEDIC	119	9,1	729	8,2
RMI	34	2,6	72	0,8
AAH	65	5,0	74	0,8
Autres prestations sociales	66	5,1	321	3,6
Ressources provenant d'un tiers	415	31,8	3260	36,5
Autres ressources (y compris sans revenus)	306	23,5	1308	14,6
Total patients	1304	100,0	8935	100,0

Source : RECAP 2005, OFDT

Les patients reçus pour leurs problèmes avec les opiacés/cocaïne se distinguent des usagers d'opiacés/cocaïne « non vulnérables » par une prévalence plus forte de pratiques à risques : la voie intraveineuse est plus utilisée par les patients avec antécédents psychiatriques (24 % vs 14 %) au détriment du sniff (44 % vs 58 %). Près de la moitié des usagers d'opiacés/cocaïne avec antécédents psychiatriques a déjà expérimenté l'injection (47 % vs 28 %). Même si la part des patients recevant un traitement de substitution n'est pas différente (69 % contre 66 % parmi les « non vulnérables » usagers d'opiacés/cocaïne), le poids de la méthadone dans les traitements de substitution est plus élevé chez les patients ayant des antécédents psychiatriques (43 % vs 34 %) contrairement à celui de la BHD (55 % vs 63 %).

Les jeunes ayant des antécédents psychiatriques pris en charge au titre du cannabis ont commencé leur usage plus jeunes que les autres jeunes usagers de cannabis (14,8 ans vs 15,5 ans). Ils consomment plus fréquemment (69 % vs 46 % d'usagers quotidiens) et font plus souvent état d'une dépendance (62 % vs 41 %).

Le poids de l'alcool dans les prises en charge des jeunes présentant des antécédents psychiatriques est plus élevé (41 % vs 31 %) et la part du tabac et des autres hallucinogènes est plus faible (6 % vs 16 % et 1 % vs 6 %). Les jeunes avec antécédents psychiatriques ont une consommation plus précoce (15,8 ans vs 16,7 ans).

III.6. Discussion.

Les SDF se distinguent des autres groupes vulnérables par les difficultés socio-économiques et sanitaires les plus marquées. Ils sont les plus nombreux concernés par le chômage/inactivité, plus souvent sans ressources, vivant seuls et sans soutien de l'entourage. L'utilisation de la voie intraveineuse et la prévalence déclarée du VHC parmi les « injecteurs » SDF sont les plus élevées. Ils sont plus souvent concernés par des problèmes d'antécédents psychiatriques que les jeunes vivant en institution ou les jeunes « délinquants ».

Les personnes vivant en institution sont plus jeunes que les patients des autres groupes vulnérables et connaissent une situation un peu moins difficile que les SDF. Majoritairement pris en charge pour leurs difficultés avec le cannabis, elles déclarent des niveaux de consommation élevés qui restent tout de même inférieurs à ceux des patients SDF reçus pour usages de cannabis. Les usagers d'opiacés/cocaïne vivant en institution ont des pratiques à risques un peu moins fréquentes que les SDF et bénéficient plus souvent d'un traitement de substitution.

Le public des jeunes « délinquants », plus vieux et essentiellement masculin, se distingue des autres groupes vulnérables par des recours aux soins consécutifs à une obligation de soins plus fréquents. Les indicateurs relatifs à la santé sont moins préoccupants pour les « délinquants » que pour les patients des autres groupes vulnérables : ils ont moins d'antécédents psychiatriques, un taux d'expérimentation de la voie intraveineuse moins élevé et une prévalence déclarée du VHC plus basse. Les « délinquants » sont reçus pour leurs difficultés avec les opiacés/cocaïne ou le cannabis dans des proportions assez proches.

La population ayant des antécédents psychiatriques est la plus féminine des groupes vulnérables. Ces personnes accueillies dans les CSST bénéficient plus souvent de la présence de leur entourage (parent/proche) et de revenus de solidarité. Elles sont reçues dans les CSST pour des niveaux d'usages de drogues élevés et des pratiques de consommation risquées. Après les patients SDF, ils ont les prévalences d'usage d'opiacés/cocaïne, d'utilisation de la voie intraveineuse et du VHC les plus élevées.

Les patients vulnérables, quel que soit le facteur de vulnérabilité présenté, ont certaines caractéristiques socioéconomiques et sanitaires défavorables communes par rapport aux patients « non vulnérables », comme un niveau d'études plus faible, une situation professionnelle précaire ou inexistante, des ressources rares, des pratiques à risques plus fréquentes et une prévalence du VHC plus élevée. Ils se distinguent en revanche par des modalités de recours aux soins différentes.

Quel que soit le groupe vulnérable, la part des patients pris en charge pour opiacés/cocaïne et autres substances est plus élevée et le poids du cannabis est au contraire plus faible par rapport aux patients « non vulnérables ». Les usagers vulnérables d'opiacés/cocaïne ont un début de consommation plus précoce et des pratiques à risques plus fréquentes en comparaison avec les patients « non vulnérables ». Ceux qui sont reçus au titre du cannabis ont des niveaux de consommation plus élevés et des diagnostics d'usage plus graves que les patients « non vulnérables » usagers de cannabis.

Les résultats de cette analyse suggèrent que des liens existent entre la vulnérabilité socio-économique et les pratiques d'usages de drogues. Lorsqu'on s'intéresse à l'ensemble des patients de moins de 25 ans accueillis dans les CSST, on constate aussi que le poids de tous les facteurs de vulnérabilité est plus élevé parmi les usagers d'opiacés/cocaïne et d'autres substances que chez les jeunes vus pour usage de cannabis. Des études supplémentaires devraient être menées pour approfondir l'analyse du lien entre la vulnérabilité socio-économique et l'usage de drogues, et pour s'intéresser en particulier au sens de la causalité entre les deux.

IV. Conclusion générale.

Au-delà de la discussion autour du concept et de sa mise en œuvre pratique, c'est la pertinence même de la notion de vulnérabilité en tant que référence d'analyse qui peut être questionnée. On sait, grâce aux apports de la sociologie des inégalités et des ruptures sociales ou de la sociologie du travail et de la santé, que les individus et les groupes sociaux les plus vulnérables sont aussi les moins visibles, ce que tend à confirmer le présent travail. Un raisonnement fondé sur l'identification de vulnérabilités est donc par définition lacunaire, dès lors que les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées ne sont prises en compte ni dans les politiques publiques, ni dans les systèmes d'enregistrement statistique

qui en rendent compte (Beaud et al. 2006). Il est ainsi difficile de mesurer l'efficacité de ces stratégies de ciblage puisque dans les enquêtes, les non répondants sont souvent ceux qui sont visés par des dispositifs d'aide spécifiques.

Le présent travail ne doit pas laisser croire que les éléments sociodémographiques isolés dans la description des populations consommatrices de drogues sont de nature à se substituer à une explication des comportements d'usage, dont il faudrait rendre compte par des théories sociologiques ou psychologiques exogènes qui ne sont pas mobilisées ici. Quelles sont les raisons qui amènent à consommer du cannabis ou d'autres drogues de manière abusive ? Ce point est fondamental en raison de la dimension politique intrinsèque de ce type d'analyse épidémiologique. Les principales opérations présentées ici reviennent en effet, directement ou non, à « classer » des populations et à les hiérarchiser en fonction d'une problématique prédéterminée conforme aux besoins d'information des pouvoirs publics ou répondant à des intérêts scientifiques. La stratégie de repérage des facteurs de risque relatifs à une maladie ou un comportement individuel dommageable pour la santé relève certes de la santé publique mais elle est, théoriquement, tout aussi bien susceptible de « cibler » tous les comportements déviants ou indésirables. Finalement, l'observation des comportements d'usage s'appuie sur une politique d'intervention publique qu'elle alimente en retour, en la légitimant : en ce sens, elle contribue à une certaine forme de contrôle social et de normalisation des comportements.

Il faut rappeler à ce titre la complexité et l'intrication des liens entre les facteurs isolés dans ce travail et l'influence parfois contradictoire qu'ils ont sur les usages de drogues. Ce résultat est conforté par d'autres études qui invitent également à considérer les usages de drogues indépendamment de la vulnérabilité sociale entendue comme synonyme de précarité professionnelle, familiale, etc. La vulnérabilité, quelle qu'en soit la définition opérationnelle qu'on choisit de fournir, ne semble en effet pas une condition *sine qua non* de la consommation de drogues puisque certaines études montrent qu'être socialement inséré, avoir un travail stable, être en couple stable, ne serait pas incompatible avec l'usage régulier de drogues telles que la cocaïne ou l'héroïne (Fontaine 2006). Ces facteurs d'insertion sociale pourraient même être la condition d'un usage maîtrisé (usages festifs, le week-end, par des cadres, des traders, etc.) : autrement dit, le mode d'usage prime sur le produit.