

Le cumul des vulnérabilités pendant l'enfance et des vulnérabilités à l'âge adulte chez les usagers d'héroïne

Laurence SIMMAT-DURAND¹, Natacha VELLUT¹, Marie JAUFFRET-ROUSTIDE², Claude LEJEUNE³, Laurent MICHEL⁴, Sarra MOUGEL⁵, Maëlle PLANCHE¹

¹ Cermes3, UMR Université Paris Descartes, CNRS 8211, Inserm U988, EHESS, Pres Paris Cité Paris

² INVS, Saint-Maurice et Cermes3

³ Université Paris Diderot et Groupe d'étude Grossesse et addictions

⁴ Croix-Rouge française et Inserm U669

⁵ Cerlis, UMR Université Paris Descartes, CNRS 8070

Les usages de substances psychoactives sont décrits tantôt comme une conséquence possible des vulnérabilités, en particulier de l'enfance, tantôt comme la cause de celles-ci, et en tout cas, comme un déterminant social de la santé à l'âge adulte (définie comme un bien-être global et non comme l'absence de maladie). Les travaux les plus anciens tendent à définir les usages comme transitoires, qu'ils soient ou non considérés comme un mode de vie : la grande majorité des usagers arrêteraient au bout d'une dizaine d'années (Ogien et Albert, 2000). Il n'y aurait ainsi plus d'usagers de substances illicites passée la trentaine, comme l'affirment différents travaux sur les sorties (Castel, Benard-Pellen *et al.*, 1992). Cette vision a été remise en cause, du fait de la prise en compte des polyconsommations qui caractérisent la plupart des usagers et de travaux autour des définitions de la sortie, quel que soit le nom qu'on lui donne, sortie, rémission, récupération, recouvrance, absence de rechute, abstinence, usage social (Kleinig, 2008). Le vieillissement constant des personnes fréquentant le dispositif de soins des addictions montre aussi que cette idée d'un usage transitoire a tout lieu d'être modulée. La question des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en est une autre modalité : de nombreux travaux ont considéré que le passage à un TSO était une sortie de la dépendance, sous-entendu à un produit illicite (Castel, Benard-Pellen *et al.*, 1992 ; Caiata Zufferey, 2006), alors que ces traitements sont souvent perçus par les usagers comme un maintien dans la dépendance (Milhet, 2006). La question du passage vers les médicaments psychotropes ou l'alcool n'est que rarement posée dans ces travaux en France.

Plusieurs modèles des déterminants sociaux de la santé sont développés, qui, tous, peuvent être appliqués de manière pertinente à la compréhension des addictions, définies comme des pathologies reposant sur une incapacité à s'affranchir d'une substance ou d'un comportement. La difficulté est que les dépendances sont décrites tout à la fois comme des vulnérabilités en soi, des causes ou des conséquences des autres vulnérabilités.

Un premier modèle, auquel nous nous intéresserons ici, prend en compte des périodes critiques de l'existence, dont la vie intra-utérine et l'enfance seraient les plus pertinentes pour expliquer la santé adulte. De nombreux travaux portent sur les événements négatifs de l'enfance, « *adverse childhood events* », comme variable explicative de l'impossibilité à atteindre une bonne santé et, plus particulièrement ici, de la dépendance à un produit (Dube, Miller *et al.*, 2006), y compris dans des populations socialement vulnérables comme les sans domicile fixe (Tam, Zlotnick et Robertson, 2003 ; Douglas, Chan *et al.*, 2010). Ainsi, en population générale, la précocité et l'abus d'alcool étaient significativement associés à des événements négatifs de l'enfance, le risque de dépendance à l'alcool au cours de la vie étant associé aux personnes ayant connu au moins deux événements négatifs avant 18 ans, parmi lesquels : avoir un parent dépendant de l'alcool, avoir eu des consommations ponctuelles excessives, avoir perdu un parent, avoir été élevé en institution ou en famille d'accueil (Pilowsky, Keyes *et al.*, 2009). Dans de grandes enquêtes en population générale, il est montré que les personnes qui ont été soumises à quatre événements négatifs ou plus, comparées à celles qui n'en ont connu aucun, avaient un risque 4 à 12 fois supérieur de connaître des risques de santé comme l'alcoolisme, l'abus de drogues, la dépression et les tentatives de suicide (Felitti, Anda *et al.*, 1998). L'impact de ces événements négatifs de l'enfance est décrit comme fort et cumulatif. Plus encore, l'hypothèse DOHaD (pour *Developmental Origins of Health and Disease*) fait remonter à la vie intra-utérine l'origine de la prévalence de certaines maladies chroniques (Charles et Junien, 2012). Des études font notamment le lien entre la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et l'hyperactivité de l'enfant ou le développement des addictions à l'adolescence (Sayal, Heron, *et al.*, 2007 ; Ornoy, Daka *et al.*, 2010). La probabilité de devenir dépendant à une substance serait ainsi augmentée par le fait de l'avoir « connue » pendant la vie intra-utérine.

Un deuxième modèle est celui de l'accumulation de risques, éventuellement sans grande conséquences pris séparément mais qui, combinés, finiraient par compromettre la bonne santé. Cette approche permet de prendre en compte les risques sociaux, de type perte du logement, d'emploi ou séparation des couples et a également été appliquée à l'étude des populations dépendantes aux drogues.

Enfin, le troisième modèle est celui des chaînes de causalité (*pathways*), souvent appelées trajectoires ou « dégringolade » dans le cas des addictions. Des événements de vie vont s'enchaîner qui, indépendamment du contexte de l'enfance, vont conduire à la situation sociale détériorée ou au comportement addictif et à une dégradation de l'état de santé (Lang, Thierry, 2010).

Tous ces travaux sont directement applicables à la question des addictions, et particulièrement à la recherche de modèles d'entrée dans la dépendance. Mais ils sont aussi mobilisés *a contrario* pour expliquer les sorties des addictions, sous forme de « capital de recouvrance » (positif ou négatif) qui permettrait, ou non, d'atteindre l'abstinence ou le passage à un usage modéré ou socialement acceptable du produit. Les travaux sur le capital de recouvrance, « *recovery capital* », sont assez proches de ceux sur les vulnérabilités, ce capital étant cumulé en points négatifs (vulnérabilités) et positifs (non-vulnérabilités) qui seraient les

variables explicatives de la possibilité de recouvrer une bonne santé mentale, sans dépendance (Cloud et Granfield, 2008).

La notion de sortie des addictions est en elle-même difficile à définir, sa signification pour les professionnels, la population générale ou les personnes concernées étant différente. La conception la plus courante est que la sortie ou la recouvrance d'une addiction est l'abstinence (Laudet, 2007). Mais les enquêtes sur les trajectoires de sorties montrent que d'autres pans de la vie des personnes restent problématiques bien après la sortie de l'addiction, notamment en ce qui concerne l'emploi, le logement ou les relations familiales (Laudet et White, 2010). Ces mêmes auteurs montrent l'importance de la qualité de vie perçue dans le maintien de la rémission à deux ans (Laudet, Becker *et al.*, 2009). Les politiques de réduction des risques viseraient ainsi non seulement l'abstinence, mais aussi la réinsertion sociale (Caiata Zufferey, 2006) : la sortie ne serait pas une guérison, mais le retour à un mode de vie « conventionnel ». Mais les travaux qui questionnent la notion de sortie insistent également sur le fait que la sortie n'est pas toujours le retour à une situation antérieure positive et que, pour vouloir sortir, il faut que la dépendance soit perçue comme une charge dont il faut se délivrer (Kleinig, 2008). Ce qui n'est à l'évidence pas le cas pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou d'autres maladies ou handicaps. Dans ce cas, la dépendance peut constituer une réponse à ces problèmes, une auto-médication. La place des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolisme ou à l'abus de drogues est établie depuis de nombreuses années (Compton, Thomas *et al.*, 2007 ; Hasin, Stinson *et al.*, 2008).

La difficulté majeure pour mesurer ces phénomènes est qu'ils traversent l'ensemble de la vie de la personne et que les enquêtes de type transversal figent la situation des personnes au moment de l'enquête : si la séparation des couples est considérée comme un phénomène péjoratif, le fait d'être séparé au moment de l'enquête a une tout autre signification chez une personne qui a vécu vingt ans en couple mais est séparée depuis deux ans que chez une personne qui n'a jamais vécu en couple ou qui est séparée depuis 20 ans. Les enquêtes de type biographique permettent ainsi d'ajouter la dimension de la durée. Un autre exemple : se retrouver de manière conjoncturelle à la rue ou hébergé par des amis, pour quelques mois, n'a sans doute pas une influence négative majeure sur la santé ou les comportements de dépendance, tandis qu'avoir passé une dizaine d'années à la rue sera déterminant. Ainsi, de manière générale pour l'étude des déterminants sociaux de la santé, il est noté que « *l'approche longitudinale permettrait de rendre compte de ces cercles vicieux, dégradation de l'état de santé aboutissant à des difficultés d'accès à l'emploi, elles-mêmes causes de dégradation de l'état de santé* » (Lang, 2010). Dans l'étude qui nous intéresse, une dépendance installée peut être à l'origine d'un mauvais état de santé, d'une perte d'emploi, d'une rupture de couple ou de la perte du logement. Le phénomène de sortie des addictions est lui-même multi-sectoriel dans la vie des personnes, ne se limitant pas à l'abstinence des drogues ou de l'alcool, mais englobant de nouveaux équilibres dans l'ensemble de la vie (Laudet, 2007).

La recherche dont nous présentons des résultats provisoires (le recueil étant toujours en cours) s'intéresse aux trajectoires de sorties des dépendances et permet, par un recueil

biographique, de mettre en évidence les vulnérabilités de l'enfance, celles de l'âge adulte, la gravité de la dépendance et l'influence de l'ensemble de ces facteurs sur les modalités et la durée des trajectoires de « recouvrance ». Sa particularité est d'avoir diversifié la population d'étude et d'avoir recherché des personnes ayant des durées longues dans l'addiction et/ou dans la sortie. En effet, alors que beaucoup de travaux se focalisent sur le devenir à deux ans des usagers, peu de données montrent les cheminements longs, bien que des études aient montré que l'usage continue parfois des décennies après la première prise en charge (Scherbaum et Specka, 2008). Des travaux biographiques existent sur les trajectoires des usagers de drogues dures mais de nature majoritairement qualitative (Prins, 2008). Notre recherche porte sur la sortie de différents produits, illicites, comme les opiacés ou la cocaïne, ou licites, comme l'alcool ou les médicaments psychotropes. Nous allons nous focaliser ici sur l'étude des vulnérabilités pendant l'enfance, puis à l'âge adulte, et sur les modalités de sortie dans une sous-population plus homogène qui est celle des usagers d'héroïne.

Méthodologie de l'enquête

Des personnes recrutées *via* des centres de soins des addictions ou des associations d'anciens consommateurs ont été interrogées en face-à-face par un questionnaire biographique, portant sur les consommations des personnes, leurs conditions de vie pendant l'enfance, leur situation adulte quant à l'emploi, au logement, à leur vie conjugale et à leur parentalité. Pour tenir compte des différentes clientèles des centres de soins, les structures ont été choisies de façon à être diversifiées, en ambulatoire ou en hospitalisation, dans différents quartiers de Paris, en psychiatrie ou en addictologie. À ce jour, douze centres différents ont été enquêtés. Le recrutement des enquêtés s'est effectué sur la base du volontariat après une question filtre sur le fait d'être sorti d'une dépendance majeure au cours de sa vie. Le recrutement a été difficile car la durée d'administration était de plus d'une heure et que les personnes cibles étaient soit réinsérées et ne venaient consulter qu'une fois par mois, soit au contraire désocialisées et peu enclines à se raconter. La population enquêtée se distingue donc nettement de la population la plus visible décrite dans les enquêtes de clientèle des centres de soins (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2010).

Les données mobilisées ici portent sur 189 personnes interrogées de juillet à décembre 2012 dans dix centres de soins de la région parisienne. La durée moyenne d'enquête a été de 69 minutes, avec des différences notables selon les centres de soins (hospitalisation ou non). Les durées les plus longues ont concerné les personnes fréquentant des associations d'anciens usagers.

Le protocole de l'enquête a été approuvé par le Comité de protection des personnes d'Île-de-France (2012-11) et déclaré à la Cnil (n° 1642094v0). Les répondants ont été informés des finalités de la recherche, de son caractère anonyme et facultatif et ont signé un consentement éclairé.

Différents scores ont été construits, afin de mesurer les vulnérabilités au sein de la population étudiée : des scores partiels sur des domaines variés de la vie des personnes et un score total de vulnérabilités pendant l'enfance (tableau 4), prenant en compte quatorze

vulnérabilités. L'addiction a été définie par le recours quotidien, pendant une période de plus de deux mois, à une substance, ou un usage excessif au long cours et par le cumul des consommations, au long de la vie et au moment de l'enquête. Douze classes de substances étaient retenues.

Description de la population enquêtée

Des efforts particuliers ont été faits pour rencontrer une proportion satisfaisante de femmes, malgré leur plus faible présence dans les centres de soins (moins d'un quart des personnes accueillies) : notre population comporte deux tiers d'hommes et un tiers de femmes (tableau 1). Une faible proportion vit en couple car la majorité est séparée. Les groupes d'âges sont variés, l'âge moyen s'établissant à 42 ans, avec une faible représentation des moins de 30 ans du fait du filtre choisi. La présence bien marquée des plus de 50 ans est donc une spécificité par rapport aux enquêtes existantes sur les usagers de stupéfiants. Ainsi, l'OFDT fait état de 30 % des usagers vus dans les Csapa – centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – (alcool compris) de plus de 40 ans, si l'on exclut les usagers de cannabis à titre principal (Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2010). La proportion des plus de 40 ans (64,1 %) est donc double de celle observée globalement parmi les usagers accueillis. L'enquête dans les structures de réduction des risques la plus récente fait état d'un doublement de la part des plus de 45 ans, de 9,6 à 17,7 % en quatre ans (Cadet-Tairou, 2012).

Les données sur la situation en termes d'emplois, de catégories professionnelles et d'origine des revenus montrent une population diversifiée mais majoritairement sans emploi au moment de l'enquête. Les ressources actuelles ne sont ainsi constituées d'un salaire (ou de celui du conjoint) que dans 37 % des cas, les aides publiques liées à la non-activité, RMI, RSA et AAH, représentant la seconde source de revenus la plus apparente (22 %).

Le recueil de données biographiques permet de moduler cette description. Si la majorité est aujourd'hui séparée, seuls 5,8 % n'ont jamais vécu en couple, les deux tiers ayant vécu avec au moins deux partenaires significatifs, soit pour une durée longue, soit parce qu'ils ont eu des enfants avec eux. La durée moyenne de vie pour le premier couple formé est ainsi de plus de sept ans. La moitié des personnes a vécu en couple pendant plus de 11 ans au total. Cette durée dépend évidemment de l'âge actuel de la personne : les 30-39 ans ont vécu en couple en moyenne 8,9 ans, tandis que les 60 ans et plus déclarent des vies en couple d'une durée moyenne de 27,8 ans.

La moitié (51,9 %) n'a pas eu d'enfants tous âges confondus, mais cette proportion tombe à 31,9 % pour les 50 ans et plus. Des différences significatives apparaissent également entre les hommes et les femmes : 61,7 % des hommes n'ont pas eu d'enfants, contre 31,1 % des femmes. Cette différence ne s'explique pas par leurs âges. Les femmes ont déclaré en moyenne avoir eu 1,59 enfant (contre 0,88 pour les hommes) et avoir eu 3,16 grossesses contre 1,33 pour les hommes. Les IVG, FCS – fausses couches spontanées – ou IMG – interruptions médicales de grossesse – ont été plus souvent déclarées par les femmes (les hommes pouvant ne pas avoir été au courant) : 36 % des femmes déclarent avoir subi deux ou

plus de ces événements au cours de leur vie, données retrouvées dans d'autres études (Simmat-Durand, Toutain *et al.*, 2010).

La comorbidité entre les addictions et les autres pathologies de la santé mentale est largement étudiée dans la littérature internationale (Compton, Thomas *et al.*, 2007). 27 % des enquêtés ont consulté en psychiatrie (en plus de la prise en charge pour les addictions, qui peut être mixte quand il s'agit d'un service de soins en psychiatrie) au cours de leur vie et 13 % déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois. Les données sont ici exclusivement déclaratives.

Les consommations de produits

La population étudiée n'a pas été regroupée selon la notion habituelle de produit principal mais a été interrogée sur douze classes de produits expérimentés au cours de la vie et consommés au moment de l'enquête (tableau 3). Le critère d'inclusion était d'avoir arrêté au moins l'usage d'un produit illicite autre que le cannabis ou licite autre que le tabac.

Les personnes interrogées ont expérimenté en moyenne 6,78 produits ($\pm 2,9$) et consomment actuellement en moyenne 3,21 produits ($\pm 1,72$). L'âge médian à l'expérimentation est précoce pour le tabac, l'alcool ou les produits illicites. La moitié de ceux qui ont expérimenté le tabac ou l'alcool l'ont fait avant respectivement 16 ou 15 ans. Par contre, l'âge d'expérimentation des produits illicites est un peu plus tardif. Les polyconsommations sont habituelles, seulement 3,1 % ne consommant plus aucun produit et 13,7 % n'en consommant qu'un seul (le plus souvent du tabac). Le tableau 3 montre que les consommations actuelles de produits illicites, sauf le cannabis, sont à un niveau assez faible, la compensation se faisant avec les produits licites comme les TSO, les benzodiazépines et l'alcool. On voit ainsi le basculement vers des usages sociaux, combinant tabac, alcool et médicaments. Globalement, 58 % des personnes actuellement sous TSO ne s'estiment pas sorties des addictions, alors que la moitié de la population totale s'estime l'être (rappelons que le critère était d'être sorti d'addiction majeure, non d'être abstinent).

Les produits les plus expérimentés sont, comme en population générale, le tabac et l'alcool, et la part des consommateurs actuels est très élevée : trois quarts des personnes interrogées pour le tabac et la moitié pour l'alcool du fait des abstinents après sevrage de l'alcool. Les personnes qui ne consomment plus du tout d'alcool sont âgées de deux ans de plus que la moyenne.

Pour le tabac, il n'y a pas de différences significatives selon le sexe pour le fait d'être fumeur actuel. La proportion de fumeurs actuels est très élevée mais baisse avec l'âge : 81,3 % avant 30 ans et encore 55,6 % après 60 ans. L'âge à l'expérimentation est identique pour les deux sexes.

Les événements négatifs de l'enfance

Compte tenu de la littérature sur l'impact des événements négatifs de l'enfance sur le développement d'une addiction, de maladies chroniques ou sur la santé mentale, on s'attend à

trouver une forte prévalence de ces évènements dans la population étudiée, durablement affectée par une dépendance. Mais, du fait des autres hypothèses sur l'impact d'évènements ultérieurs (déchéance par exemple), on s'attend également à une proportion de personnes ayant eu une enfance sans évènements négatifs majeurs.

Les différentes recherches menées sur les vulnérabilités sont très difficiles à comparer car les critères pris en compte sont extrêmement variables et le nombre de vulnérabilités mesurées est également très différent. Le questionnaire que nous avons utilisé permettait de repérer plusieurs fragilités. Pour les différents indicateurs, l'âge auquel cet évènement avait eu lieu a été relevé. Pour la construction des scores, nous avons ainsi associé un facteur de vulnérabilité et son occurrence pendant l'enfance (avant 18 ans en règle générale). Ainsi, 23,8 % des enquêtés ont déclaré que leur mère est décédée, mais certains ont plus de 60 ans et l'évènement n'a pas le même impact s'il a eu lieu pendant l'enfance ou à l'âge adulte. Ces différents critères ont donné lieu à quatorze scores partiels détaillés dans le tableau 4. Dans cette première approche, nous prenons en compte l'occurrence de chaque vulnérabilité.

Certains des évènements identifiés comme négatifs touchent ainsi environ un tiers de nos répondants, sans différence significative entre les personnes qui ont consommé de l'héroïne et les autres. À titre de comparaison, sur une seule variable, en population générale, Felitti *et al.* (1998) avaient obtenu 25,6 % de personnes qui avaient vécu dans un foyer où au moins un membre était consommateur problématique d'alcool ou de drogues.

Dans un deuxième temps, un score global a été calculé comme la somme des évènements négatifs connus par les personnes : aucun, de un à trois, etc. sur un total possible de quatorze (plus fort total observé : 10). Seuls 5 % des personnes interrogées n'ont connu aucun évènement négatif de l'enfance, les groupes 1 à 3, 3 à 4 et 5 évènements négatifs ou plus, comprenant chacun un tiers de la population. L'essentiel de notre population a donc connu dès l'enfance un cumul des évènements négatifs et leur représentation de cette partie de leur vie est plutôt négative. Deux questions concernaient le vécu : « Votre enfance a-t-elle été une période heureuse de votre vie ? » (*idem* pour l'adolescence) et « Aviez-vous le sentiment d'être isolé pendant votre enfance ? » (*idem* adolescence). Sans surprise, le vécu de l'enfance est négatif quand le score global augmente ($p < 0,001$), et il en est de même pour le sentiment d'isolement. Aucune différence entre les hommes et les femmes, ni selon l'âge, n'a été observée quant au score global moyen ni pour les scores partiels, excepté pour l'âge au départ du foyer parental, pour lequel la proportion d'hommes sortis plus jeunes est supérieure.

Pour illustrer ce score global de vulnérabilité, nous présentons un cas « moyen », dont le score vaut 4, et le cas extrême, dont le score vaut 10.

Encadré 1 : Histoire de Diego (score de vulnérabilité=4)

À 20 ans, Diego s'initie à l'héroïne. Au bout de quelques mois, il passe à l'injection et tombe dans la dépendance. Lorsqu'il n'a pas d'héroïne, il prend du Subutex, d'abord sur le marché noir, puis par le biais du Csapa, où il commence à être suivi à 22 ans. De 22 à 25 ans, Diego ne prend plus que son traitement de substitution, du cannabis et du tabac, produits qu'il consomme depuis l'âge de 16 ans. Mais, à 25 ans, il essaie la cocaïne et tombe très vite

dans une consommation quotidienne qu'il poursuit jusqu'à découvrir le crack, à l'âge de 30 ans. Nous le rencontrons alors qu'il est hospitalisé dans le but d'arrêter le crack et le Subutex. Son médecin vient de le mettre sous antidépresseur. Il a 35 ans.

Diego décrit une enfance heureuse et entourée. Il a un frère, dont il se dit proche depuis toujours. Il dit n'avoir jamais éprouvé de sentiment de solitude, et, ce, malgré le fait d'avoir grandi loin de ses parents, partis en France pour « offrir à leurs enfants une meilleure vie ». Diego est resté au Portugal, avec son frère et sa grand-mère, avant de rejoindre ses parents en France à l'âge de 9 ans. Il présente sa famille comme un support important et décrit une relation bonne et dénuée de violence. Ses parents et son frère n'ont jamais eu de problème de dépendance. Il quitte le foyer parental à 29 ans et demeure proche de ses parents. Ceux-ci ont été d'un grand soutien pour lui lorsqu'il a cherché à sortir des addictions, et c'est essentiellement « pour eux » qu'il souhaite arrêter. Diego a rencontré sa compagne actuelle à l'âge de 16 ans. Ils n'ont pas encore d'enfant car il souhaite d'abord sortir de la drogue. Elle-même n'a jamais consommé, et la drogue demeure le principal objet de conflits entre eux. Malgré cela, Diego se dit heureux et en sécurité avec elle.

Diego a quitté l'école à l'âge de 16 ans avec un CAP de plomberie-chauffage. Après son service militaire, il est embauché comme livreur mais ne restera qu'un an, son oncle lui proposant d'intégrer l'entreprise familiale. Ses activités délinquantes (vols à main armée) et ses différents passages en prison ont peu impacté son insertion professionnelle : grâce à son réseau familial et amical étendu, il a toujours pu retrouver un emploi à sa sortie de prison. A contrario, ce sont aussi ses connaissances et ses « mauvaises fréquentations » qui constituent, selon lui, l'obstacle majeur à sa sortie de la dépendance.

Encadré 2 : Histoire de Lola (score de vulnérabilité=10)

Dans une association qui l'accueille pour son traitement de substitution, nous rencontrons Lola, une sympathique jeune femme de 38 ans, habillée avec soin. Elle estime être sortie des addictions depuis dix ans grâce à sa rencontre avec des soignants qui ne l'ont « pas considérée comme un numéro » mais elle se sent toujours « dépendante », de la méthadone et du café qu'elle boit à profusion.

Lola a expérimenté l'héroïne à 14 ans. Elle s'est sentie rapidement dépendante à cette substance et a « consommé de tout » quand elle ne disposait pas d'héroïne. Des médicaments (Temgésic, Skenan, codéine, amphétamines, benzodiazépines) et des drogues illicites (cocaïne, crack, free base, cannabis, MDMA) ont ainsi été expérimentés dès ses 15 ans, ainsi que le tabac, qu'elle continue à consommer. À 14 ans aussi, elle est partie de chez son père, a rencontré un compagnon de son âge, qui deviendra son mari et le père de son fils, et a vécu dans la rue avec lui. Auparavant, elle vivait seule avec son père après le départ de sa mère alors qu'elle avait 10 ans, et dont elle n'a plus aucune nouvelle. Cette mère était très violente, verbalement et physiquement, le père se contentant de violences verbales. Lola identifie son enfance comme la « cause » de ses consommations de drogues.

Son compagnon l'initie à la drogue, qu'il lui fournit, et se montre violent verbalement, physiquement et sexuellement. Ils se séparent quand ils ont 21 ans mais restent mariés. Pour

Lola, c'est une mauvaise rencontre, et elle se bat pour obtenir le divorce. Un deuxième compagnon, rencontré peu de temps après et avec qui elle vit une relation amoureuse pendant huit ans, deviendra son seul et unique ami. Elle se tient désormais plus ou moins à distance de l'amour. Elle subit trois IVG, dont deux alors qu'elle est encore adolescente, et deux fausses couches précoces. Son fils, né de sa première relation, est placé bébé pendant plusieurs années. Elle ne se remettra jamais de cette séparation, durant laquelle elle construit « un mur » pour se protéger de la douleur. Elle n'arrivera pas à se rapprocher de son fils, qui vit désormais chez un membre de la famille paternelle.

Lola connaît trois périodes de prostitution de 14 à 18 ans, puis durant la période pendant laquelle son fils est placé, et, enfin, il y a quelques années, alors qu'elle est déjà sous TSO. Depuis qu'elle est « sortie » des addictions, elle travaille dans des centres documentaires ou dans la restauration, déclarée ou non, avec des contrats plus ou moins précaires. Elle est logée par une association de soins.

Influence des vulnérabilités sur l'entrée dans la dépendance à l'héroïne

Les études en population générale associent généralement une probabilité de devenir dépendant ou d'avoir une maladie chronique, à un score de vulnérabilité. Ici, nous n'avons par définition qu'une population exposée car ayant été dépendante. L'influence éventuelle des vulnérabilités ne peut se mesurer qu'en introduisant une notion de gravité ou en mesurant les conséquences sociales au long de l'existence.

Pour clarifier le propos, nous allons prendre un premier critère de gravité, qui serait d'avoir ou non expérimenté l'héroïne, produit longtemps emblématique des drogues dures en France et réputé le plus dangereux (Costes, Le Nezet *et al.*, 2010). Au sein de notre population, 129 personnes (68,3 %) ont expérimenté l'héroïne, ce qui n'est pas surprenant, les consommateurs d'héroïne ayant historiquement constitué la clientèle des centres de soins des addictions. Les usagers d'héroïne ont la même répartition par sexe que la totalité de la population : deux tiers d'hommes et un tiers de femmes, et le même âge moyen (42 ans). Ce qui les différencie des autres personnes est un âge plus précoce à la consultation pour leur problème d'addiction et une expérimentation plus tardive de l'alcool (21 ans contre 18 ans).

De manière significative, les expérimentateurs d'héroïne ont plus souvent un score de vulnérabilités pendant l'enfance supérieur à 5. Cela fonctionne également pour l'âge d'expérimentation de l'héroïne : les expérimentateurs les plus jeunes ont un score plus élevé, de même que ceux qui ont injecté ce produit. Donc, au sein de cette population d'usagers de produits, l'usage d'héroïne et surtout le fait de l'injecter sont associés à des vulnérabilités supérieures pendant l'enfance.

Parmi ces 129 expérimentateurs d'héroïne, 96 sont entrés dans un usage problématique, avec une consommation quotidienne sur une durée moyenne de 10,21 ans ($\pm 2,27$).

Sur les indicateurs de vulnérabilité pendant l'enfance, les usagers d'héroïne sont sensiblement semblables aux non-usagers. Au sein de ces usagers d'héroïne, les femmes apparaissent comme ayant un score de vulnérabilité plus élevé, différence qui n'était pas

apparente sur la population totale, mais qui est abondamment décrite dans la littérature sur les héroïnomanes (Simmat-Durand, Laurence, 2009). Le nombre de produits expérimentés n'est pas différent selon le sexe mais selon la combinaison avec l'héroïne : de manière générale, les usagers d'héroïne ont expérimenté plus de produits et en consomment plus au moment de l'enquête, entre autres des TSO et d'autres médicaments psychotropes qui leur sont plus souvent prescrits (Canarelli et Coquelin 2009).

Les usagers d'héroïne ont moins souvent été hospitalisés en psychiatrie que les autres usagers, sans différence selon le sexe, et sont beaucoup moins nombreux à avoir été pris en charge en ambulatoire en plus de la prise en charge pour les addictions. Près de 50 % d'entre eux sont porteurs du VHC – virus de l'Hépatite C –, *versus* 27,5 % de la population enquêtée.

Les vulnérabilités à l'âge adulte

Le poids des vulnérabilités de l'enfance va se cumuler avec l'usage d'un produit, entraînant de graves conséquences sanitaires et un mode de vie délétère. Les usagers d'héroïne se distinguent nettement des autres en la matière (tableau 5). Le mode de consommation est plus souvent à même d'entraîner des conséquences sanitaires comme des infections ou d'autres accidents de consommation (abcès, overdoses). Que ce soit pour les ennuis avec la justice, les condamnations, les séjours en prison, les suspensions de permis de conduire, les usagers d'héroïne sont significativement plus exposés à des événements négatifs. Les autres conséquences familiales ou sociales sont également bien visibles : absence durable d'emploi déclaré, vie en dehors d'un logement personnel seul ou en couple, vie à la rue, inactivité professionnelle prolongée.

On peut alors supposer que le poids de ces vulnérabilités successives va se cumuler pour avoir un impact sur la possibilité de s'en sortir.

Les sorties de l'usage d'héroïne

Les travaux sur les sorties en particulier de l'héroïne sont nombreux, concernant soit les populations prises en charge dans le système de soins, soit celles fréquentant des groupes d'entraide, soit celles sorties spontanément ou « *natural recovery* ». Les modalités de sortie observées chez ces dernières populations semblent applicables à tous les usagers de substances. Des travaux anciens montraient déjà que trois grands parcours pouvaient être distingués : les usagers qui se trouvaient contraints d'arrêter, par la prison, la maladie, etc., ceux qui faisaient un choix rationnel de non-consommation et ceux qui changeaient de produits (Waldorf, 1983). La principale difficulté pour comparer les travaux sur la sortie des addictions est la question du temps : les auteurs postulent que les personnes sont sorties après un an, ou trois ans, etc. sans qu'il n'y ait de consensus sur une durée satisfaisante pour considérer la guérison comme effective.

Dans notre enquête, la durée moyenne de sortie observée est de dix ans, avec des variations importantes selon les produits à l'origine de l'addiction. La thèse de la sortie par la maturité (« *maturing out* ») est développée dans nombre de travaux, montrant qu'une infime

partie des personnes ont arrêté l'héroïne après l'âge de 30 ans (Klingemann, 1991). Notre mode de recrutement contredit ce résultat, puisque 37,5 % des usagers d'héroïne ont arrêté leur consommation entre 30 et 39 ans et 13,5 % après 40 ans, soit la moitié après 30 ans. Nous avons une question sur la rechute et donc sur le fait que la personne ait pu se considérer comme sortie à un autre moment de sa vie et en soit maintenant à sa deuxième sortie, voire plus. À la question « *Aviez-vous eu le sentiment d'en être sorti à un autre moment de votre vie ?* » 35,4 % des répondants (et 36,5 % des seuls usagers d'héroïne) ont déclaré « *Oui mais j'ai repris* ». Ainsi, des durées très longues d'abstinence en particulier à l'alcool (supérieures à dix ans) ont été déclarées, suivies de rechute de quelques années et d'une nouvelle sortie.

Sur les 96 personnes ayant été dépendantes à l'héroïne, 84 % sont totalement abstinentes pour ce produit, 14,6 % en consomment de temps en temps et 4,2 % en consomment encore régulièrement. L'âge moyen déclaré de sortie de l'héroïne est de 31,63 ans après une dépendance d'une durée de 10,73 ans et un âge moyen à la première consultation de 26,46 ans. L'immense majorité a consulté pour se sortir de son problème d'héroïne, seuls 12,5 % déclarent avoir arrêté seuls ce produit. Les sevrages multiples et les prises en charge répétées sont souvent décrits comme caractéristiques de ces usagers, ce qui est le cas ici puisque leur nombre moyen de prises en charge pour les addictions est de 4,13 contre 3,11 pour les usages d'autres produits, leur recours pour raison somatique, 2,1 contre 0,95, et, pour prise en charge psychiatrique, 2,14 contre 1,67. Actuellement, deux tiers sont sous TSO, ce qui explique que la moitié ne s'estime pas sortie des addictions, malgré l'abstinence de l'héroïne.

La modalité principale de sortie de l'héroïne est donc le passage à un autre produit, cette notion incluant les TSO ou les autres médicaments type benzodiazépines, mais également l'alcool. Sur 96 personnes ayant été dépendantes à l'héroïne, 35 sont dépendantes à la méthadone, 19 au Subutex, 21 à l'alcool, 20 aux benzodiazépines et 3 à la cocaïne (une même personne peut être dépendante à plusieurs produits). Le passage de l'héroïne au TSO est le plus établi dans la littérature, c'est le fondement même de la politique de réduction des risques. Par contre, 32 % des dépendants à l'héroïne ont ensuite été dépendants à l'alcool, dont un sur cinq le sont encore. Les deux produits les plus consommés actuellement sont le tabac (75 % sont fumeurs) et le cannabis (la moitié en consomme au moins de temps en temps). D'autres études ont montré les probabilités de passage d'un produit à l'autre au fil des années (Brecht, Huang *et al.*, 2008).

Les personnes étaient interrogées sur les raisons qui les ont poussées à mettre fin à leur consommation d'héroïne. C'était une question ouverte que nous avons recodée, certaines personnes ayant donné plusieurs raisons. Le groupe de raisons le plus cité est un ensemble négatif : trop de difficultés se sont accumulées, marre de la galère, problèmes avec la justice. 45 % des raisons évoquées s'inscrivent dans ce groupe. Ces motifs s'apparentent à ceux identifiés dans les recherches de Klingemann (1991) sur les rémissions spontanées et qu'il appelait des événements de perte (*a contrario* des gains, comme de retrouver un emploi, un conjoint ou un logement). Vient ensuite la motivation : « Je voulais arrêter », « je voulais en finir », etc., citée par 22 % des répondants. Les problèmes de santé sont évoqués par 14 % des

répondants comme ayant été le moteur essentiel pour arrêter (outre ceux ayant le sida ou l'hépatite C, 11 % ont eu au moins un accident grave, 5 % ont une pathologie pulmonaire, 4 % un cancer). Finalement, seuls 10 % ont évoqué des raisons positives comme un nouveau partenaire, un nouveau travail ou la naissance d'un enfant. Et seulement 7 % ont estimé qu'ils avaient arrêté du fait du TSO.

Conclusion

La recouvrance est un processus et non un évènement dans la vie des personnes, comme l'entrée dans l'usage ou les vulnérabilités de l'enfance pourraient l'être (White, 2007). Différentes trajectoires peuvent être identifiées, mais la question de la durée dans les addictions et pour en sortir est la question principale, et, d'ailleurs, l'écueil des études sur les sorties. Beaucoup des professionnels rencontrés étaient assez pessimistes, pensant que la sortie des addictions n'existe pas, que seules des rémissions plus ou moins longues étaient observables. Mais il s'agit toujours de savoir de quelle sortie on veut parler : est-ce de l'abstinence totale ou le retour à une consommation licite, sinon sociale, car les populations étudiées sont majoritairement célibataires, sans enfants, sans emploi, voire sans logement personnel ? Maria Caiata-Zufferey avait ainsi utilisé l'expression de retour à un mode de vie conventionnel, pour désigner les TSO et la consommation gérée (Caiata Zufferey, 2006).

La question de l'observation au sein des centres de soins est toujours récurrente dans ce type de travaux : la littérature s'est beaucoup intéressée aux personnes sorties sans aide (« *self-remissions* ») mais les biais méthodologiques sont nombreux : les durées de sortie observées sont souvent assez courtes (cinq ans maximum), le recrutement biaisé (par exemple par internet, femmes travaillant dans la santé) et les personnes qui se désignent comme sorties seules ont en fait souvent une expérience de traitement qu'elles ont jugée non pertinente (Blomqvist, 2002). Compte tenu de tous ces biais, les équipes de recherche ont généralement fait le choix de constituer des populations les plus hétérogènes possibles, en termes de lieux de rencontre, de durée d'addiction ou de produit, de durée ou de forme de sortie, ce que nous avons également privilégié.

Alors que des études américaines montrent que l'abstinence est associée à la sortie pour plus de 85 % des personnes (Laudet, 2008), nos répondants sont moins affirmatifs, du moins si l'on inclut l'alcool et les médicaments. Pour les anciens usagers d'héroïne, l'abstinence des seules drogues illicites est associée à la sortie, alors que, pour les anciens alcooliques, l'abstinence ne paraît pas suffisante. On peut faire l'hypothèse ici de l'influence des groupes d'auto-support : ceux qui ne se considèrent pas sortis tout en étant abstinentes sont ceux qui ont déclaré que la spiritualité tenait une grande place, voire une place grandissante, dans leur vie.

Les modalités de sortie dépendent de plusieurs facteurs comme le sexe, l'âge, les produits mais aussi les vulnérabilités connues pendant l'enfance et celles qui se sont accumulées au fil du temps. Ainsi, les usagers d'héroïne avaient des vulnérabilités pendant l'enfance assez comparables mais ont développé une dépendance à un produit qui, en soi, va les exposer à la délinquance, à la rue, aux infections, overdoses et autres problèmes de santé. Ce cumul apparaît particulièrement défavorable s'agissant des femmes car, pour elles,

s'ajoutent les questions de leur vie reproductive, des grossesses non désirées et/ou débouchant sur des IVG ou fausses couches et de la possible séparation d'avec leurs enfants.

Remerciements

Nous remercions vivement les différents centres, ainsi que leurs équipes respectives, pour leur accueil et leur collaboration à ce projet. Par ordre alphabétique, il s'agit de l'association Acerma (Dr Hispard), du Csapa Cassini (Dr Badin de Montjoye et Dr Ferrand), du service d'Ecimud de l'hôpital Louis Mourier (Dr Anne-Marie Simonpoli), du service d'alcoologie Fernand Vidal (Dr Quétel), du centre Horizons (Dr Jean Ébert), de l'hôpital Marmottan (Dr Marc Valeur), du Csapa Monte Cristo (Dr Cyril Orizet), du Csapa Moreau de Tours (Dr Xavier Laqueille), de l'espace Murger (Dr Florence Vorspan), du Csapa Pierre Nicole (Dr Laurent Michel), du centre Vaucouleurs (Dr Laurent Michel) et de l'association Vie libre (Monsieur Juan Lahoz).

Références

- BLOMQUIST J., 2002, "Recovery with and Without Treatment: a Comparison of Resolutions of Alcohol and Drug Problems", *Addiction Research & Theory*, vol. 10, n° 2, p. 119-158.
- BRECHT M.L., HUANG D. *et al.*, 2008, "Polydrug Use and Implications for Longitudinal Research: Ten-Year Trajectories for Heroin, Cocaine, and Methamphetamine Users", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 96, n° 3, p. 193-201.
- CADET-TAÏROU A., 2012, « Résultats ENa-Caarud 2010. Profils et pratiques des usagers », OFDT, septembre.
- CAIATA ZUFFEREY M., 2006, *De la toxicomanie à la conventionalité. Sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*, Zurich, Seismo.
- CAIATA ZUFFEREY M., 2006, « S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis », *Psychotropes*, vol. 12, n° 3, p. 81-92.
- CANARELLI T. et COQUELIN A., 2009, « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés », OFDT, *Tendances*, n° 65, 6 p.
- CASTEL R., BENARD-PELLEN M. *et al.*, 1992, *Les sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités*, Paris, Mire.
- CHARLES M.-A. et JUNIEN C., 2012, « Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique. Une révolution pour la prévention des maladies chroniques de l'adulte », *Questions de santé publique*, n° 18, 4 p.
- CLOUD W., GRANFIELD R., 2008, "Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct", *Substance Use & Misuse*, vol. 43, n° 12/13, p. 1971-1986.
- COMPTON W.M., THOMAS Y.F. *et al.*, 2007, "Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of SDM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 5, p. 566-576.

COSTES J.-M., LE NEZET O. *et al.*, 2010, « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », OFDT, *Tendances*, n° 71, 6 p.

DOUGLAS K.R., CHAN G. *et al.*, 2010, “Adverse Childhood Events as Risk Factors for Substance Dependence: Partial Mediation by Mood and Anxiety Disorders”, *Addictive Behaviors*, vol. 35, n° 1, p. 7-13.

DUBE S.R., MILLER J.W. *et al.*, 2006, “Adverse Childhood Experiences and the Association with ever Using Alcohol and Initiating Alcohol Use During Adolescence”, *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, n° 4, p. 1-10.

FELITTI V.J., ANDA R.F. *et al.*, 1998, “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4, p. 245-258.

HASIN D.S., STINSON F.S. *et al.*, 2008, “Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol abuse and dependence in the United States”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 7, p. 830-842.

KLEINIG J., 2008, “Recovery as an Ethical Ideal”, *Substance Use & Misuse*, vol; 43, n° 12-13, p. 1685-1703.

KLINGEMANN H., 1991, “The Motivation for Change from Problem Alcohol and Heroin Use”, *British Journal of Addiction*, n° 86, p. 727-744.

LANG TH., 2010, « Des déterminants multiples », *Actualité et Dossier en santé publique*, n° 73, p. 21-24.

LAUDET A.B., 2007, “What Does Recovery Mean to You? Lessons from the Recovery Experience for Research and Practice”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 33, n° 3, p. 243-256.

LAUDET A.B., 2008, “The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research”, *Substance Use & Misuse*, vol. 43, n° 12/13, p. 2001-2020.

LAUDET A.B., BECKER J.B. *et al.*, 2009, “Don't Wanna go Through that Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse”, *Substance Use & Misuse*, n° 44, p. 227-252.

LAUDET A.B., WHITE W., 2010, “What are Your Priorities Right Now? Identifying Service Needs Across Recovery Stages to Inform Service Development (English)”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 38, n° 1, p. 51-59.

MILHET M., 2006, « Les traitements de substitution vus par les patients : quelle trajectoire pour quelle sortie ? », *Psychotropes*, vol. 12, n° 3-4, p. 55-69.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, 2010, « Les usagers de drogues âgés de 40 ans et plus pris en charge dans les structures de soins pour leurs problèmes d'addiction », Note n° 2010-12, 8 p.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OFDT), 2010, *Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (Recap). Tableaux statistiques*, Paris, OFDT, 15 p.

OIGEN A., 2000, « Sociologie de la déviance et usages de drogues. Une contribution de la sociologie américaine », Paris, Documents du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n° 5, 64 p.

ORNOY A, DAKA L. *et al.*, 2010, “Neurodevelopmental and Psychological Assessment of Adolescents Born to Drug-Addicted Parents: Effects of SES and Adoption”, *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, n° 5, p. 354-368.

PILOWSKY D.J., KEYES K.M. *et al.*, 2009, “Adverse Childhood Events and Lifetime Alcohol Dependence”, *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 2, p. 258-263.

PRINS E.H., 2008, “‘Maturing Out’ and the Dynamics of the Biographical Trajectories of Hard Drug Addicts”, *Qualitative Social Research*, vol. 9, n° 1.

SAYAL K., HERON J. *et al.*, 2007, “Prenatal Alcohol Exposure and Gender Differences in Childhood Mental Health Problems: a Longitudinal Population-Based Study”, *Pediatrics*, n° 119, p. 426-434.

SCHERBAUM N., SPECKA M., 2008, “Factors Influencing the Course of Opiate Addiction”, *International Journal of Methods in Psychiatry*, n° 17, suppl. 1, p. 39-44.

SIMMAT-DURAND L., 2009, « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mars, p. 86-89.

SIMMAT-DURAND L., TOUTAIN S. *et al.*, 2010, « Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsommatrices, Île-de-France, 1999-2008 », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, n° 39, p. 649-655.

TAM T.W., ZLOTNICK C. *et al.*, 2003, “Longitudinal Perspective: Adverse Childhood Events, Substance Use, and Labor Force Participation Among Homeless Adults”, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 29, n° 4, p. 829-846.

WALDORF D., 1983, “Natural Recovery from Opiate Addiction: Some Social-Psychological Processes of Untreated Recovery”, *Journal of Drug Issues*, printemps 1983, p. 237-245.

WHITE W.L., 2007, “Addiction Recovery: Its Definition and Conceptual Boundaries”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 33, n° 3, p. 229-241.

ANNEXE

TABLEAU 12 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ENQUETEE ET DES USAGERS D'HEROÏNE A LA DATE DE L'ENQUETE (ANALYSE TRANSVERSALE)

Variables	N= 189	% global	% héroïne (N=96)
Sexe			
Homme	128	67,7	66,7
Femme	61	32,3	33,3
Groupe d'âges			
Moins de 30	36	10,40 %	8,3
de 30 à moins de 40	86	25,00 %	31,3
de 40 à moins de 50	133	38,70 %	47,9
de 50 à moins de 60	67	19,50 %	12,5
60 et plus	21	6,10 %	0
Situation conjugale			
En couple	58	30,7	26
Séparés, veufs, divorcés	123	65,1	68,8
Jamais en couple, refus	8	4,2	5,2
Situation administrative			
Français	157	83,1	81,2
Étranger situation régulière	20	10,6	12,5
Étranger situation irrégulière	7	3,7	3,1
Situation d'emploi			
En emploi	74	39,2	40,6
En maladie ou invalidité	19	10,1	11,5
Au chômage	24	12,7	10,4
Sans activité	66	34,9	34,3
Retraité	6	3,2	0
Ressources actuelles			
Salaire ou celui du conjoint	70	37	36,4
« Débrouille » ^a	31	16,4	17,7
Aides publiques	29	15,3	12,5
RMI ou AAH	41	21,7	21,9
Lieu de vie actuel			
Chez ses parents	18	9,5	11,5
Logement personnel seul	60	31,7	31,2
Logement de couple	37	19,6	16,7
Hébergement par une connaissance	21	11,1	13,5
Structure d'hébergement ou de soins	38	20,1	20,8
Rue, squatt	9	4,8	5,2
Protection sociale			
Aucune	8	4,2	1
CMU ou AME	45	23,8	22,9
Régime général avec ou sans mutuelle	103	54,5	54,1

^A Délinquance, prostitution, petits boulots, aides familiales.

Source : auteurs.

TABLEAU 2 : CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Produits	Expérimentation		Consommation
	%	Âge médian	actuelle %
Héroïne	68,3	20	11,1
Buprénorphine	51,3	27	14,8
Méthadone	48,1	31	28,6
Antalgiques	31,7	27	2,7
Codéïne	35,4	20	1,6
Morphiniques	12,7	28	3,2
Cannabis	79,4	16	45
Cocaïne, crack	67,7	21	16,4
Ecstasy, amphétamines	51,3	20	5,3
Benzodiazépines	58,2	25	29,1
Alcool	84,1	15	50,8
Tabac	89,9	16	76,7

Source : auteurs.

TABLEAU 3 : VULNERABILITES PENDANT L'ENFANCE, DESCRIPTION DES MODALITES ET EFFECTIFS CONCERNES

Modalités : avoir connu l'événement avant 18 ans sauf précision contraire	Effectifs global	% global	% héroïne
Avoir vécu en couple ou avoir été enceinte	71	37,6	42,7
Avoir expérimenté des produits illicites avant 16 ans, de l'alcool ou du tabac avant 12 ans	32	16,9	21,9
Avoir été pris en charge pour une pathologie invalidante de santé ou santé mentale	19	10	10,4
Avoir été dépendant à un produit	41	21,7	27,1
Avoir perdu au moins un parent ou un frère/sœur	30	15,9	15,6
Avoir perdu tout contact avec l'un de ses parents	26	13,8	14,6
Avoir vécu avec un parent ou un frère/sœur dépendant	65	34,4	37,5
Avoir subi des violences verbales	66	34,9	29,2
Avoir subi des violences physiques ou sexuelles	72	38,1	33,3
Avoir vécu dans une autre famille ou une structure	46	24,3	26
Avoir migré	15	7,9	9,4
Avoir quitté le foyer parental avant 16 ans	65	34,4	37,5
Avoir été incarcéré	14	7,4	10,4
Avoir vécu à la rue	21	11,1	13,5
SCORE TOTAL (moyenne 3,6 ; médiane 4)			
0	9	4,8	3,1
1-2	59	31,2	29,2
3-4	63	33,3	35,4
5 et +	58	30,7	32,3

Source : auteurs.

TABLEAU 4 : VULNERABILITES A L'AGE ADULTE SELON LA CONSOMMATION OU NON D'HEROÏNE
ET CONSEQUENCES SOCIALES

	N global	% global	% héroïne
Nb de séjours en prison			
Aucun	102	54	44,8
Un	34	18	20,8
2 à 21	40	21,2	28,1
Durée moyenne du plus long séjour en prison			
En mois		13,35	15,32
Condamnations			
En lien avec une consommation de stupéfiants	58	30,7	49
En lien avec une consommation d'alcool	38	20,1	15,6
Retrait du permis de conduire (sur ceux l'ayant eu)	19	18,4	23,9
Mode de consommation			
Injection	57	30,2	53,1
Nasale	58	30,7	41,7
A vécu à la rue			
Jamais	144	76,2	70,8
Au moins une fois	45	23,8	29,2
Addiction à au moins un comportement			
Jeux, sport, alimentation, sexualité	63	33,3	39,6
Sérologie positive			
VIH	13	6,9	7,3
VHC	52	27,5	46,9
Accidents de consommation			
Overdoses	48	25,4	41,7
Abcès ou autres	22	11,6	16,7
Depuis cinq ans au moins :			
Au chômage ou sans activité	14	15,4	17,3
En invalidité	32	35,2	38,5
Séparé du dernier conjoint	58	30,7	34,4
Logement actuel			
Pas de logement personnel	91	48,4	51,6
Montant moyen du loyer en euros		363	330

Source : auteurs.