

MIGRATIONS ET TOXICODÉPENDANCE : GARE À LA STIGMATISATION

Catherine Jung, médecin, maison de santé du Neuhof, Strasbourg

Pour les soignants, la nécessité de prendre en compte le parcours migratoire des personnes dans la prise en charge, en évitant les écueils de la stigmatisation, est partagée par tous. Il n'en va pas de même au niveau des dispositifs mis en place. Alors qu'en Suisse, certains principes ont été reconnus (même si on peut encore interroger les moyens pour leur mise en pratique), on constate en France l'importance de Médecins du monde pour pallier le manque de dispositifs spécifiques dans la filière de soins traditionnelle. Un état des lieux par Catherine Jung. (réd.)

INTRODUCTION

Il est difficile d'associer les deux termes, toxicodépendance et migrants, sans prendre le risque de stigmatiser ces derniers, particulièrement dans ces périodes de crise et de repli identitaire, où l'Europe tente plus ou moins maladroitement de limiter l'entrée des étrangers dans l'espace Schengen.

Pour aborder ce sujet, il est nécessaire de s'entendre sur deux définitions. La première concerne la toxicodépendance : l'OMS en donne une définition qui comporte quatre éléments, l'addiction, la tolérance, la dépendance et les conséquences néfastes sur la vie quotidienne. La deuxième définition concerne la migration : le migrant est celui qui a traversé la frontière, il a fait l'expérience de l'exil, de l'arrachement à son pays et à sa culture pour des raisons diverses, le plus souvent politiques ou économiques.

L'origine géographique, mais aussi sociale, le niveau d'instruction dans le pays d'origine, les conditions de la migration et la durée du séjour dans le pays d'accueil vont modifier de manière radicale la relation de la personne migrante au pays d'accueil. De plus, certains adolescents d'origine migrante qui n'ont pas eux-mêmes vécu l'exil, sont porteurs de l'histoire de la migration de leurs parents. Ils font partie des minorités visibles du fait de la consonance de leur nom ou de la couleur de leur peau et sont désignés par l'expression « migrants de deuxième génération », jamais tout à fait intégrés. Certains vont aussi se retrouver aux prises avec la toxicodépendance. Celle-ci est-elle singulière du fait de l'origine de leurs parents ? Par ailleurs, si les migrants ont tous en commun d'avoir vécu l'exil, chacun a une histoire singulière. Poser la question du lien entre migrations et toxicodépendance ne peut faire abstraction de ces diversités.

Nous allons aborder trois questions concernant la toxicodépendance des migrants : la migration et le vécu de l'exil sont-ils un facteur de risque de devenir toxicodépendant, les modes de consommation sont-ils différents pour les personnes migrantes, et enfin, existe-t-il des modalités spécifiques de prise en charge ?

1) UNE PERSONNE AYANT IMMIGRÉ A-T-ELLE PLUS DE RISQUE D'AVOIR DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES DU FAIT DE LA MIGRATION ?

L'origine géographique ou ethnique ne peut en soi être un facteur de risque de dépendance. Par contre, les conditions de la migration, la précarisation dans le pays d'accueil, les difficultés à affirmer son identité peuvent favoriser, lors de la rencontre avec un produit, le risque de développer une consommation problématique.

A contrario, les valeurs du pays d'origine peuvent protéger les individus contre les consommations à risque. Les résultats d'études nord américaines (1) portant sur des sujets latino-américains mettent en évidence des liens contradictoires entre migrations et toxicodépendances. D'un côté, le fait d'être migrant, de venir d'ailleurs, d'être porteur d'autres habitudes et d'une autre culture, protège dans un premier temps contre la consommation à risque parce que la toxicodépendance ne fait pas partie des habitudes du pays d'origine. Par exemple, les maghrébins en France ont en partie été protégés d'une consommation excessive d'alcool du fait que l'Islam considère que l'alcool est interdit par le Coran. Au contraire lorsque l'acculturation augmente, ils perdent progressivement leurs repères et leurs comportements en matière de toxicodépendance se rapprochent de ceux des personnes nées aux États-Unis.

A l'opposé, la migration n'est pas en soi, un facteur de risque de devenir dépendant, mais en fragilisant l'individu et sa famille, elle le rend plus réceptif aux produits. Dans le pays d'accueil, les migrants sont surreprésentés dans les catégories sociales les plus défavorisées. La fragilité liée à l'exil est aggravée par la précarité économique et sociale. Dans ces conditions, la rencontre avec le produit va se faire de deux manières : soit la consommation, qui permet d'apaiser des tensions intérieures et d'affronter le monde extérieur, soit le trafic, qui permet à la fois de compléter ses ressources économiques et de s'inscrire dans un réseau social qui vient remplacer celui de l'emploi.(2)

En ce qui concerne les migrants de deuxième génération, si l'exil est un traumatisme pour celui qui l'a vécu, les enfants de migrants devenus adolescents sont porteurs du deuil enkysté de leurs parents. Le rappel de leurs origines par des propos ou des attitudes racistes à leur rencontre fragilisent ces adolescents qui peinent à trouver une place dans la société et à se construire une identité. Un petit nombre d'entre eux vont tenter d'échapper à des questionnements douloureux par la prise de produits. Pour eux, la prévention de la toxicodépendance peut s'envisager de différentes manières. Le passage vers l'adolescence se complique du fait de leur appartenance à deux cultures, celle du pays d'accueil et celle du pays d'origine. Entre ces deux cultures, les conflits et les tensions trouvent facilement leur place. Valoriser la culture et la langue d'origine est indispensable pour permettre à ces adolescents de s'inscrire dans la société du pays d'accueil sans risque de trahir leurs parents. La reconnaissance de la langue et de la double culture peut se faire par l'école mais aussi par tous les professionnels qu'ils rencontrent, qu'ils soient professionnels de l'éducation, du social ou de la santé. Il est indispensable aussi d'accompagner et de soutenir les parents, en les encourageant à parler de leur histoire migratoire, mais aussi en valorisant leur langue et leur culture.

Pour les migrants récemment arrivés, en particulier originaire d'Afrique noire et des pays d'ex-URSS, les difficultés administratives, en compliquant la régularisation du droit au séjour aggravent la précarisation, mais aussi l'éclatement des familles : certains franchissent la frontière seuls et tentent de faire venir leur famille dans un second temps. Certains groupes, en partie ceux venant d'Europe de l'Est ou d'ex-URSS ont débuté la toxicodépendance dans leur pays d'origine. La toxicodépendance peut être d'ailleurs à l'origine de la migration : dans leur pays ils ont vécu une stigmatisation importante et les produits de substitution ne sont pas accessibles. Ils viennent en Europe de l'Ouest pour tenter d'échapper à la répression.(3)

2) LES MODES DE CONSOMMATION SONT-ILS DIFFÉRENTS CHEZ LES PERSONNES AYANT VÉCU LA MIGRATION ?

Les modes de consommation sont divers, tant dans le type de produit utilisé que dans le mode d'utilisation. Parmi les jeunes migrants de deuxième génération, souvent issus des banlieues, les usagers de drogue ont longtemps consommé des opiacés. Aujourd'hui, ils consomment moins d'opiacés seuls. L'héroïne a cessé d'être le premier produit consommé contrairement à ce qu'elle était dans les années 1970, car les plus jeunes ont assisté aux difficultés et à la déchéance sociale de leurs aînés et ont repris à leur compte la diffé-

rence entre drogues dures et drogues douces. Ils sont plutôt polytoxicodépendants, associant tabac, alcool, cocaïne et produits de substitution éventuellement. Les produits consommés sont essentiellement des psychostimulants, comme la cocaïne dont les effets nocifs sont moins visibles, et dont ils perçoivent moins la dépendance.(4)

Pour les usagers de drogue bénéficiant d'un traitement de substitution, l'alcool permet d'avoir « un effet » ou vient remplacer le produit de substitution vécu comme problématique par les usagers, parce que stigmatisant.

Pour les migrants originaires des pays de l'Est, dont la migration est récente, le mode de consommation diffère. Les produits utilisés sont davantage des opiacés (héroïne ou produits de substitution, ou médicaments tel le tramadol ou le sulfate de morphine).(5)

Ils sont plus souvent injecteurs et prennent davantage de risques, partage du matériel d'injection ou comportement sexuel à risque, en partie parce qu'ils accèdent moins facilement aux dispositifs de soins.

3) LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE PEUT-ELLE OU DOIT-ELLE ÊTRE ADAPTÉE À CES POPULATIONS ?

La tentation est grande de ne pas prendre en compte l'origine migrante pour ne pas stigmatiser et, au nom de l'universalité de l'homme, de ne pas pouvoir entendre toute une partie de l'histoire, ou au contraire de n'entendre que cela et de ne pas laisser de place à l'individu singulier. Certains recommandent de développer les compétences transculturelles des professionnels appelés à intervenir en milieu migrant.(6)

Contrairement aux recommandations des autorités fédérales suisses, en France, l'origine migrante est rarement prise en compte de façon singulière dans l'élaboration des programmes de soins aux personnes dépendantes.

Les dispositifs de soins sont en principe ouverts à tous. Cependant, les migrants rencontrent des difficultés spécifiques d'accès à ces dispositifs.(7) Lorsque la migration est récente, la barrière de la langue est un frein important à la rencontre des professionnels de santé. Il existe dans certains endroits des possibilités de travailler avec des interprètes, mais ces dispositifs ne sont pas généralisés. Ces migrants récemment arrivés, surtout d'Europe de l'Est, recourent plus difficilement aux soins, car ils importent de leur pays d'origine la crainte d'être stigmatisés, mal traités, et une relation méfiante avec les structures sanitaires et sociales. Ils sont très nombreux dans le dispositif d'accueil de Médecins du monde à Paris.(5)

...si les migrants ont tous en commun d'avoir vécu l'exil, chacun a une histoire singulière.



Photo: Interfoto

Il paraît nécessaire de développer des prises en charge spécifique des difficultés des migrants dans la mise en place des dispositifs d'accueil.

Pour les jeunes « de deuxième génération », l'accès aux dispositifs de soins paraît plus aisé. La prise en charge psychothérapeutique prend en compte l'histoire du sujet, sa difficulté à se situer entre la culture de ses parents, les valeurs que ceux-ci ont tenté de leur imposer et la culture du pays d'accueil qui leur permettrait une socialisation et une intégration.(8)

Le sujet va avoir à reconstruire l'histoire, à retrouver des racines alors que ses parents sont restés très silencieux sur leur vécu de l'exil et les conditions du départ et que c'est ce silence assourdissant qui compromet son intégration dans le pays d'accueil. Il va lui être nécessaire de tenter d'explicitier les liens entre migrations et toxicodépendance d'une part et à leur relation à la culture de leurs parents et à celle du pays d'accueil d'autre part.(6)

Parallèlement aux services de soins et de prise en charge développés par les collectivités, les familles, déroutées par la toxicodépendance de leurs enfants, vont chercher une guérison par le biais du retour dans le pays d'origine. L'usage du produit est lié au pays d'accueil qui apparaît ainsi responsable de la dépendance de leurs enfants. La solution est alors de renvoyer leurs enfants dans le pays d'origine pour les séparer du produit et les remettre en contact avec leur culture. Ce séjour au pays n'est pas toujours exempt de consommation. Les produits disponibles sont plus souvent alors des médicaments et de l'alcool. Ce « retour aux sources » a des avantages, il permet un temps de pause dans le parcours chaotique d'un toxicodépendant, mais il est souvent mal préparé, mal accompagné, et au retour la rechute est souvent inévitable.

CONCLUSIONS

Le lien entre toxicodépendance et migration est complexe, il est variable selon l'histoire migratoire et il est fonction du degré d'acculturation. Autant il est nécessaire de développer des compétences transculturelles et de savoir prendre en compte les spécificités de la migration, autant il est nécessaire d'éviter de rapporter toutes les difficultés à la migration, pour pouvoir entendre l'histoire singulière de chacun.

Bibliographie :

- 1) Taieb O. et al. - Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature. - Annales Médico-psychologiques, 2007, 11 p.
- 2) INSERM. - Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue. Expertise collective. - Paris, INSERM, 2010, 592 p.
- 3) Lydie N. -Influence du type de migration sur les comportements à risque. - Transriptases, 2005, 120, p.7-9
- 4) Coppel A. - Consommation de stimulants et jeunes des cités : nouvelles représentations, nouvelles pratiques. - 2007 OFDT. - Drogues et dommages sociaux
- 5) Halfen S. - Usagers de drogues et modalités d'usages parmi les personnes migrantes récemment arrivées en France. - Paris, ORS, 2007 (TREND, OFDT)
- 6) Koenig Setiadi M. - Intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances. Implications pour la pratique. - Bern, Infodrog, 2009
- 7) Comiti V. P., Patureau J. - La santé des migrants en France, spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. - Santé, Société, solidarité, 2005
- 8) Beckaert J.; et al. Psychopathologie des addictions. - Alcoologie et Addictologie 2011-33(3) 265-272

Courriel :

jung.cath@gmail.com