

MIGRATION ET ADDICTIONS

Dr Pablo Sanchez-Mazas, Appartenances-Genève

La migration du pays d'origine vers le pays d'accueil s'accompagne de profonds bouleversements de valeurs, d'identité et de statuts. Face au stress que la migration provoque, les migrants s'y adaptent d'une façon ou d'une autre. Ces bouleversements peuvent agir en synergie et développer des comportements addictifs. Bien que la migration ne soit pas un facteur causal de l'addiction, il est important que les intervenants tiennent compte dans leur intervention de l'impact des éléments culturels et migratoires sur le parcours des migrants.(réd.)

INTRODUCTION

Lorsqu'on parle de psychopathologie chez un patient migrant, on peut communément commettre, entre autres, trois erreurs fondamentales : la première serait de surestimer la valence de la culture dans la psychopathologie présentée par le patient, la seconde, de la minimiser en considérant une universalité structurelle de l'individu et de la pathologie, la troisième de confondre les déterminants culturels caractérisant une situation psychopathologique particulière avec les déterminants sociaux ou environnementaux relevant de ces situations.

La question se pose alors de savoir s'il existe une vulnérabilité ou des processus particuliers qui amèneraient le migrant à adopter un comportement d'addiction. Nous évoquerons dans cet article les différentes hypothèses proposées. Nous envisagerons ensuite en quoi la compréhension de certains aspects spécifiques à la migration et culturels peuvent s'avérer nécessaires à prendre en compte dans notre clinique.

VIGNETTE CLINIQUE

Sergeï est un homme de 33 ans d'origine tchéchène, depuis cinq ans en Suisse. Il est ancien boxeur professionnel et a combattu pour l'indépendance en Tchétchénie dès son adolescence. Il est emprisonné durant deux ans en Russie. Durant son dernier séjour en prison, le patient a subi des actes de tortures par électrocution, enfermement prolongé en cachot, diffusion continue de symphonie musicale en cellule, menaces d'immolation lors d'interrogatoires où il est aspergé de benzine...

Au niveau familial, son père et son frère aîné sont tués par les militaires russes en Tchétchénie. Sa mère est également blessée par balle dans le ventre lors d'une perquisition où il est lui-même blessé de deux balles dans une jambe. Il est marié depuis seize ans avec une Caucasienne, il a 2 enfants de 15 ans et 7 ans.

Histoire de la toxicodépendance : depuis cinq ans, Sergeï consomme de l'héroïne à visée anxiolytique, pour calmer son impulsivité et face à des réminiscences traumatiques et des cauchemars. Ses premières consommations d'opiacés (héroïne) remontent à la Tchétchénie en période de guerre. Il effectue plusieurs tentatives de sevrage d'opiacés

autogérées où il parvient à arrêter complètement sa consommation d'héroïne mais la remplace par de la cocaïne, de l'alcool ou des prises de méthadone au noir à doses parfois importantes, jusqu'à 200 à 300 mg. Lorsque la pression de son épouse se fait trop importante et motivé, dira-t-il, par la récupération de sa fierté à tenir sa famille, il parvient à réaliser quelques périodes de sevrage satisfaisantes. Mais son épouse disqualifie une abstinence par le biais de la méthadone et ses efforts. Le couple est en conflit et il se sent répudié par sa femme et sa belle-famille. Sergeï a été incarcéré à de multiples reprises, interrompant à chaque fois son suivi thérapeutique et risquant son expulsion du pays. Le patient se plaint d'insomnies, de nervosité, de symptômes neurovégétatifs (transpiration, sueurs froides), de maux de tête et de dos. Il est déprimé, culpabilise et se sent honteux et déshonoré vis-à-vis de son épouse et de ses enfants. Il maîtrise mal ses sentiments de colère et d'impuissance, son agressivité et son impulsivité.

Evolution et pronostic :

Depuis sa prise en charge en traitement de substitution à base de méthadone, le patient est resté durant de longues périodes abstinent de toute consommation d'opiacés non prescrite. Cependant, la compliance reste encore précaire avec des rechutes où le patient disparaît. Durant ses périodes d'abstinence, il parvient à contrôler son impulsivité mais les symptômes de stress post-traumatiques, en particulier ses reviviscences, des cauchemars et de l'anxiété restent très présents.

La prise en charge pose de multiples problèmes : les difficultés d'intégration sont majeures; socialement le patient se confine à son strict groupe de pairs tchéchènes et géorgiens également consommateurs de produits stupéfiants qu'il dit ne pas pouvoir quitter selon un principe de loyauté inviolable culturellement. Une ouverture vers d'autres milieux, par exemple sa participation à des cours de langues ou dans un club de boxe, son premier métier, semble de bon aloi, mais psychologiquement, linguistiquement, et financièrement difficile. Malgré nos efforts à les rallier, lui et son épouse, au principe d'un traitement contrôlé de substitution à base de méthadone, le patient veut rester loyal aux réticences de son épouse et, par fierté dira-t-il, prend unilatéralement et de façon massive des comprimés de buprénorphine par dessus sa méthadone. En manque aigu, il fait une crise clastique d'une extrême violence, dans la rue et à l'hôpital, se fait réincarcérer à nouveau...

DISCUSSION

Cette vignette illustre la constellation d'éléments négatifs assez typiques d'un migrant vulnérable à une consommation de produits; si la problématique de base reste la symptomatologie de stress post-traumatique, très incidente en particulier dans le sens de l'évitement, l'environnement particulier du patient apparaît également jouer un rôle clé : ses conditions statutaires, son confinement dans son milieu. Sur le plan culturel : ses loyautés internes, familiales et avec ses compatriotes, son sens de l'honneur. Les débordements impulsifs et de perte de contrôle peuvent alors prévaloir, avec rupture de soins par arrestation ou fuite en avant dans la consommation.

Nous pouvons considérer un pronostic lié de façon primordiale aux conditions statutaires et sociales du patient et aux frustrations qui leur sont liées, alimentant le serpent de mer des transgressions commises par le patient, qui engendrent à leur tour son exclusion progressive et le renforcement de ses troubles du comportement.

Le maintien de l'alliance thérapeutique établie est plutôt favorable, de même les liens avec son épouse. Nous restons carencés en termes de liens avec d'autres ressources communautaires pour ce patient et en particulier avec son cercle rapproché de pairs qui apparaît guider de façon primordiale son mode de vie.

DES MODES DE PRÉSENTATIONS CLINIQUES TROMPEUSES

Au-delà du phénomène migratoire en soi, les personnes migrantes, à l'instar de notre patient, sont souvent victimes de violences collectives, guerres ou catastrophes. La prévalence des états de stress post-traumatique est élevée mais souvent sous-évaluée. En effet, les tableaux cliniques présentés sont souvent très peu caractéristiques selon nos modes de classification ou peu révélateurs; douleurs diffuses mal systématisées, maux de tête, du rachis, fatigue, insomnies...

Malgré des besoins importants de réaffiliation, d'encouragement et d'engagement à s'inscrire dans le tissu social, ces patients se confinent et s'isolent souvent hors des réseaux d'intégration ou de soins. Plus encore pour les populations traumatisées, les éléments d'évitement, de repli sur soi ou l'auto-exclusion sur la stricte communauté des « pairs de la guerre », peuvent se révéler déterminants quant au maintien d'un comportement addictif. Les positions de victime sacrificielle et d'auto-suffisance déjà actives dans les situations d'addiction, sont souvent amplifiées par la précarité, la discrimination et le racisme dont cette population peut faire l'objet. Ici, les valeurs culturelles du migrant (honneur, honte, devoirs familiaux, possibilité d'expression des émotions, risques de rejet ou de répudiation, disqualification), la psychopathologie traumatique (anxiété, dépression, évitement, clivages), le manque de repères ou de limites et les privations agissent en synergie.

L'ADDICTION COMME RÉPONSE AU STRESS MIGRATOIRE

Les études épidémiologiques montrent que l'on ne peut établir de relation univoque entre migration en soi et une problématique d'usage d'alcool ou de drogues. Les conditions de vie post-migratoires dans le pays d'accueil se révèlent souvent les facteurs les plus délétères et confèrent à la personne migrante une plus grande vulnérabilité au trouble psychiatrique et en particulier à la consommation de produits, que la migration en soi. La discrimination ou le racisme ont été clairement identifiés comme facteurs de stress majeurs (1).

La migration implique souvent de passer par une étape de crise adaptative, une désorganisation sociale, une perte de repères. Elle peut signifier l'atomisation ou le morcellement familial avec transformation ou passation des rôles de chacun de ses membres. Cette problématique adaptative et acculturationnelle est évidemment déterminée par d'où l'on vient et comment l'on y vient mais également par les conditions de son remaniement dans le pays d'accueil. Dans une perspective complémentariste de la migration, les problématiques psychopathologiques, environnementales ou sociopolitique s'entremêlent de façon souvent extrême.

Acculturation : le niveau d'acculturation et les problèmes liés aux abus de substances ont une relation positive en particulier lorsque la culture d'origine est une culture de faible consommation : les migrants, souvent moins consommateurs de produits stupéfiants lors de leur migration atteignent progressivement, avec le temps de séjour dans le pays d'accueil, les mêmes prévalences de problèmes d'abus de substances que les autochtones (2a, 2b, 2c). Il existerait une corrélation entre stress d'acculturation et abus de substances mais le concept d'acculturation reste peu quantifiable et extrêmement complexe. De ce fait, de nombreux auteurs recommandent même de ne plus l'utiliser (3). D'autres critères, comme une expérimentation préalable et plus précoce de produits stupéfiants à l'adolescence et avant la migration ou un usage plus fréquent de produits dans la famille ont été identifiés comme plus incidents. Enfin, les stress en rapport aux conflits intergroupes (minorités, groupes de jeunes...), aux difficultés d'affirmation et de valorisation sociales ou liés à la stigmatisation se combinent avec les stress d'acculturation.

L'ADDICTION ET LA MIGRATION DANS UN PROCESSUS DE MÉTAMORPHOSE

Une nouvelle clinique complémentariste doit combiner le travail sur soi avec ses représentations, ses conflits internes et un travail sur l'environnement, la communauté. Pour le migrant, le possible métissage à la recherche d'une « cohérence identitaire » au travers d'étayages et de ressources dans le paysage désormais multiculturel du pays d'accueil.

Pour les enfants de la guerre, l'idée d'un travail ou d'une « clinique du passage » d'une culture de guerre à une culture de paix devient intéressante, tant il est vrai, comme le décrit Françoise Sironi (4 et 5), que beaucoup d'anciens combattants rejoignent des groupes en marge ou délinquants car cette « métamorphose » ne peut se réaliser; les seuls lieux où ils peuvent se panser et se sentir adaptés sont les lieux de rupture avec la société civile ou dans des structures homologues à leur société de combats, avec ses hiérarchies, ses rituels, brigant ses dangers et sa clandestinité. On peut alors assister à un véritable « bétonnage » du symptôme ou des comportements.

L'ADDICTION COMME UNE MODALITÉ PARTICULIÈRE D'INTÉGRATION

L'attrait de la consommation de produits et du réseau social qui lui est associé peut également représenter, selon les mots de W. Burket (6), un réducteur de « complexité » et de difficultés à l'intégration sociale pour le migrant : l'adoption de nouveaux réseaux substitutifs d' « objets culturels » (langage, rituels, objets de culte ou de convoitise...), rapidement accessibles. Ainsi, les règles strictes mais simples d'un système de « réseau ultra court » d'intégration (7) et de mode de fonctionnement que lui offrent le monde et l'environnement de la drogue, permettent à l'individu de pallier sa désinsertion, sa précarité ou sa carence identitaire lors de sa migration. L'addiction peut alors s'entendre comme symptôme d'un déchirement identitaire entre deux cultures ou de la double marginalisation à laquelle il peut aboutir. Elle peut représenter l'échec du projet migratoire ou du métissage culturel (8). Pour Beauvais (9 et 10), un faible niveau d'identification culturelle aux cultures d'origine ou d'accueil pourrait amener le sujet à s'identifier à d'autres sous-cultures, notamment celle de la délinquance, en particulier au moment de l'adolescence.

Pour ces jeunes, la clinique en réseau, sur plusieurs axes apparaît alors essentielle: avec la justice, les éducateurs et les assistants sociaux, pour qu'il y ait toujours une prise en compte du jeune et de son environnement et non pas uniquement de ses actes délictueux. Avec la famille pour favoriser l' « empowerment » des parents à mieux comprendre et utiliser les structures sociales ou de soins, les soutenir dans leur apprentissage de la langue du pays d'accueil, les encourager et restaurer leur autorité et leur fonction de parents souvent perdues par leur statut en exil. Enfin, un travail avec le jeune en individuel ou en groupe de pairs dans leurs reconstructions et renforcements identitaires, dégagés des assignations sociales, familiales ou sociétales éventuelles qu'ils peuvent avoir à subir.

DE LA MIGRATION AUX ÉCHANGES DE PRATIQUES

Comme tout comportement, l'individu exporte avec sa culture son mode et ses habitudes de consommation de produits. Les différentes diasporas communautaires maintiennent dans les pays hôtes les réseaux permettant de poursuivre ces modes et habitudes à l'étranger. Au gré des flux migratoires et de la coexistence de différentes pratiques de consommation dans un contexte multiculturel, l'usage de produits peut également modifier les modes de consommation en cours dans un contexte donné. Ainsi a-t-on vu en Hollande, au bénéfice de la prévention, l'extension de l'usage d'héroïne inhalée au détriment de l'héroïne en injection. Cette transition a pu s'opérer du fait que le marché de l'héroïne était en partie tenu par les ressortissants du Surinam (ancienne colonie hollandaise), qui ne pouvaient culturellement concevoir une consommation d'héroïne par voie veineuse. Ils ont ainsi étendu leur pratique du « bong » (héroïne inhalée) à la population autochtone. De même, les Allemands immigrés aux USA introduisirent et étendirent la consommation de bière au détriment de la consommation de spiritueux, livrée elle, par la migration et la culture anglaise ou irlandaise. Plus tristement, de jeunes Indiens ou Iraniens voulant se démarquer de la consommation d'opium de leurs parents ont été plus enclins à la consommation d'héroïne, qui plus est, intraveineuse.

MODALITÉS SPÉCIFIQUES DES SOINS

Ainsi, l'incidence du contexte de la personne migrante dans la problématique d'addiction et les perspectives thérapeutiques est souvent déterminante, tant l'incertitude et l'insécurité vis-à-vis d'un projet de vie sont importantes. En similitude avec la problématique de la toxicodépendance, les migrants éprouvent et se vivent dans un contexte de passage où de nombreux repères et référentiels, sociaux et affectifs, s'avèrent éloignés ou perdus. L'obligation de métamorphose, selon l'expression de T. Nathan, ou pour le moins, de redéfinition de soi est alors essentielle. L'incompréhension, la réprobation et l'exclusion font rapidement écho et s'ajoutent négativement à leurs difficultés d'intégration et de mise en perspective d'un changement.

De nouvelles approches (approche écologique d'Eldebour & al. révisé par Walton & al.) (1), où l'impact de l'environnement et les représentations sociales vis-à-vis du migrant et des troubles psychiatriques sont mises en exergue. Une reconsidération du concept du traumatisme (11) avec l'analyse des facteurs de maintien ou de renforcement de la psychopathologie dans un milieu donné est alors mis à l'œuvre.

L'accueil et la participation à un groupe thérapeutique multiculturel peut aider le patient à lutter contre une progressive désaffiliation et faire contrepoids aux risques de marginalisation, et servir de soutien à l'autonomie ou à la reconnaissance sociale. Il permet le remaniement des expériences traumatiques ou des éventuelles discriminations, premiers pas vers l'accès à une individualité (voir Espace homme « Le Diwan » à Lausanne ou le groupe « Crystalide » à Genève). La création d'espaces transitionnels, tels le Centre Mosaik d'Appartenances à Lausanne ou le Centre la Roseraie à Genève apparaît essentielle. Ces contextes permettent au migrant l'accueil et son inclusion dans une multitude de réseaux; la « recomplexification » de son tissu social et culturel, seule condition d'un métissage ou d'une métamorphose réussis.

CONCLUSIONS

La migration ou l'appartenance à un groupe culturel particulier n'est clairement pas un facteur causal en soi d'entrée dans une addiction. Il ne faudrait pas méconnaître pour autant l'existence de possibles facteurs culturels incidents liés à un comportement addictif chez certains migrants. Tenir compte d'éléments culturels dans la prise en charge peut à la fois améliorer l'accès aux soins, l'alliance thérapeutique et l'adéquation des soins.

Le recours à des interprètes-médiateurs culturels est aujourd'hui largement validé pour l'efficacité des soins et la qualité de la communication interculturelle. Leur intégration dans les soins reste difficile et financièrement non admise ! Des décisions urgentes à tous les niveaux de la politique des soins aux migrants doivent être prises pour en autoriser l'accès.

La migration pose les mêmes interrogations que l'addiction dans le sens que leurs statuts social, juridique ou sociétal avec les représentations et l'imaginaire collectif qui leur sont liés, sont souvent plus délétères que leur réalité intrinsèque.

Bibliographie :

(1) Robin Room, Multicultural contexts and alcohol and drug use as symbolic behavior. in *Addiction Research and Theory*, August 2005, 13 (4) : 321-331

(2) – 2a Johnson Timothy P.; Vangeest Jonathan B. Migration and substance use: Evidence from the U.S. National Health Interview Survey.

- 2b Young Ik Cho. The Middle Eastern Summer Institute on Drug Use Proceedings: 1997-1999. Substance use and misuse, 2002, vol. 37, no 8-10, pp. 941-972

- 2c Westermeyer J. Cross-cultural aspects of substance abuse. In: Galanter M, Kleber H, editors. *Textbook of substance abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. pp. 75-85.

(3) Consommations d'alcool et de drogues, et migrations en Amérique du Nord : revue critique de la littérature Substance use and migrations in North America: a critical review. O. Taïeb, T. Baubet, T. Ferradji, M.-R. Moro *Annales Médico-Psychologiques* xxx (2007).

(4) Sironi F. Les vétérans des guerres « perdues ». Contraintes à la métamorphose. *Communications, Seuil. Passages*, No 70, 2000/Seuil

(5) The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. Johnson H, Thompson A. *Clin PsycholRev* 2008; 28:36-47.

(6) Burkert W. : « La Religion est le seul mode pour créer un sens dans l'interaction entre un système et un environnement en créant une « réduction de complexité » in *Creation of the sacred*, Harvard, 1996

(7) Tobie Nathan, Catherine Gransard, La toxicomanie : Un réseau ultra-court. «Les Cahiers de Prospective Jeunesse», Vol.4, n.1, 1997

(8) Sironi F. Les métis culturels, nouveau paradigme identitaire contemporain. 13ème Congrès de la Revue l'Autre, Genève, 2 et 3 décembre 2011

(9) Beauvais F, Oetting ER. Variances in the etiology of drug use among ethnic groups of adolescents. *Public Health Rep* 2002;117 (suppl 1):8-14.

(10) Beauvais F. Cultural identification and substance use in North America – An annotated bibliography. *Subst Use Misuse* 1998;33:1315-36.

(11) Re-Conceptualizing « Trauma » : Examining the Mental Health Impact of Discrimination & Migration for Racial Groups in Toronto, Summary report by Kwame McKenzie. Ingrid R.G Waldron. In *Across Boundaries Report KJM summary*

(12) Kirkmayer Laurence J. Le dilemme du réfugié. *Evol Psychiatr* 2002; 67 : 743-63

(13) Sibony D. : « Entre-deux », l'origine en partage, Editions du Seuil, Points, Essais, 1991

Courriel :

pablo.sanchezmazas@appartenances-ge.ch