

# MAUX

# d'exil

## Éditorial

### Désintoxiquer les idées

**Joseph Rustico,**

Directeur du Centre de santé à Bicêtre

Surmonter les idées reçues n'est pas aisé surtout lorsque celles-ci sont profondément enracinées. Souvent sous-estimée, car peu dépitées, banalisées ou mises sur le compte de facteurs culturels surévalués, la question des conduites addictives parmi les personnes exilées mérite plus de visibilité. Comment repérer, soigner, orienter vers le droit commun et les dispositifs de soins spécialisés lorsque l'état de dépendance s'ajoute à la vulnérabilité sociale et à la souffrance psychique? Les barrières dans l'accès aux droits et notamment à la protection maladie, l'absence de logement ou d'hébergement, les parcours administratifs semés d'embûches cumulent leurs effets délétères dans un contexte où les sociétés sont traversées par des discours discriminants qui contribuent à alimenter un environnement hostile.

Ne pas détourner le regard pour ne pas esquiver ce que nous renvoient ces situations: les adolescents en errance et sous emprise chimique, les exilé.e.s à la rue en Guyane et ailleurs en France, les personnes victimes de refus de soins, tout nous parle de la condition d'indésirable en France lorsque l'on vient y chercher l'asile, et de comment le non-accueil engendre voire aggrave la consommation des substances qui interagit avec les psychotraumatismes déjà présents.

Face à tout cela, les soignant.es auprès des exilé.e.s tentent de créer un climat bienveillant pour favoriser un travail de prévention, de réduction des risques et de soins addictologiques, qui ne peut s'inscrire que dans le temps long, avec un accompagnement pluridisciplinaire et en recourant à l'interprétariat professionnel pour accueillir les patient.e.s dans leur langue.

Il semble important aussi de continuer à encourager la recherche et de produire de la connaissance en vue d'infléchir les politiques publiques, notamment à partir de l'expérience des acteurs.trices de terrain. Plus que jamais, c'est à la fois un enjeu de santé publique et une réaffirmation de la dimension politique du soin.

## ADDICTIONS EN EXIL: ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'INCLUSION



*L'exil expose à des vulnérabilités multiples, renforcées bien souvent par une précarité administrative et sociale. Les violences subies tout au long du parcours migratoire, la perte de repères, l'isolement relationnel, l'instabilité de l'hébergement ou les difficultés d'accès aux soins sont autant de fragilités qui favorisent le recours à des substances pour « tenir », « oublier » ou « survivre ».*

*Dans ce dossier, les auteurs et autrices s'attacheront à déconstruire les idées reçues sur les addictions et à redessiner le regard posé sur l'accompagnement des personnes exilées, en plaçant la dignité et l'accès aux droits au cœur de la réflexion.*

## Sommaire

Mars 2026

### Addictions, migration et vulnérabilités

p. 2

**Nicolas Bonnet**, directeur du RESPADD, président du Collectif Galilée, Unité de recherche PSYCOMADD

### Entre fuite et emprise: corps et subjectivité des adolescents en errance aggravée

p. 3

**Axel Lamarque**, éducateur,  
**Hortense Bret**, psychologue, association Hors la rue.

### Addictions, exil et psychotrauma en Guyane: les usages ont une histoire

p. 5

**Tristan Vassaux**, doctorant en anthropologie au laboratoire MINEA (Université de Guyane), coordinateur général de l'Association Guyanaise de Réduction des Risques (AGRRR)

### Le projet Addictologie au Comede

p. 7

**Océane Gaigeot et José Polo Devoto**,  
médecins référent-es au Comede

# Addictions, migration et vulnérabilités

**Nicolas Bonnet**, directeur du RESPADD, président du Collectif Galilée, Unité de recherche PSYCOMADD

**L**es addictions sont décrites comme des troubles objectivés par les avancées scientifiques, mais restent encore largement perçues comme un défaut de volonté ou une faiblesse morale, y compris par les populations immigrées elles-mêmes. Cette représentation contribue au retard de recours aux soins, avec des conséquences importantes sur l'insertion sociale et professionnelle, les liens familiaux et le risque d'isolement. Par ailleurs, les situations d'exil ou de déplacements exposent à des facteurs de stress spécifiques (traumatismes, précarité administrative, pauvreté, sans-abrisme, discrimination) qui peuvent favoriser le recours aux substances comme stratégie de régulation émotionnelle ou d'adaptation.

La diversité des trajectoires migratoires et des profils de consommation déconstruit l'idée d'un groupe homogène de « migrants toxicomanes ». Les personnes migrantes présentent globalement un moindre risque de conduites addictives que la population générale, mais certains sous-groupes, générations ou contextes (précarité socio-économique, forte acculturation, discriminations) inversent ce gradient de risque.

### Profils de consommation et facteurs de risque/protection

Les travaux européens montrent des usages variés selon l'origine, le genre, l'âge, le pays d'accueil et le niveau d'acculturation. À Paris, des études communautaires décrivent par exemple des usages d'opioïdes (héroïne, méthadone, buprénorphine) chez des migrants géorgiens et russophones, souvent en lien avec des traitements de substitution, mais dans un contexte de polyconsommation et parfois d'injection, et un usage majoritaire de crack chez des personnes somaliennes, associé à l'errance et à l'usage de rue. Plus largement, les migrants peuvent être exposés à des consommations à risque



©Carva

d'alcool, de stimulants (cocaïne, amphétamines, khat) ou d'opioïdes injectés, souvent comme réponse au stress et à l'insécurité sociale.

Les facteurs de risque et de protection se situent à trois niveaux : sociétal/systémique (accès aux droits, culture d'inclusion ou d'exclusion, politiques de drogues), environnemental post-immigration (qualité des réseaux, conditions de logement, voisinage, proximité des lieux de vente) et individuel (habitudes d'usage avant/après migration, interdits religieux, santé mentale, statut socio-économique, discriminations). La notion d'acculturation est centrale : les premières générations tendent à conserver les patterns de consommation du pays d'origine, tandis que les générations suivantes se rapprochent des niveaux du pays d'accueil, parfois avec une augmentation des troubles liés à l'usage d'alcool (TLUA) dans les secondes générations.

### Données épidémiologiques et populations spécifiques

Les données épidémiologiques restent fragmentaires, car il est difficile, pour des raisons historiques et politiques, de conduire des enquêtes comparatives incluant l'origine ethnique. Certaines études suggèrent un lien direct entre migration et addictions (par exemple, mortalité par cirrhose plus élevée chez

des personnes d'origine indienne au Royaume-Uni), mais l'absence de données robustes à large échelle limite les conclusions générales. Une étude française fait exception en montrant une prévalence plus élevée de TLUA chez les seconde et troisième générations d'immigrés, avec un effet protecteur de la pratique religieuse, ce qui interroge le rôle des conditions d'intégration et de santé globale.

**La diversité des trajectoires migratoires et des profils de consommation déconstruit l'idée d'un groupe homogène de « migrants toxicomanes ».**

Chez les adolescents migrants, l'usage de substances apparaît globalement moindre que chez les natifs, avec des variations selon l'origine, le sexe et la substance. Les adolescents d'origine musulmane ou africaine ont des prévalences plus faibles de tabagisme et de consommation d'alcool, tandis que ceux issus d'Amérique du Sud ou certains groupes identifiés comme « noirs » présentent parfois des prévalences plus élevées pour le tabac ou les substances illicites. Les femmes migrantes constituent une « minorité dans la minorité », avec des enjeux spécifiques liés aux normes de genre, à la transmission culturelle (ex. marianismo chez les

populations latines) et à la tension entre émancipation et maintien des valeurs traditionnelles, pouvant influencer les usages d'alcool et les risques de binge drinking.

### Santé mentale, acculturation et déterminants sociaux

Les troubles mentaux, en particulier le syndrome de stress post-traumatique, sont plus fréquents chez les réfugiés que dans la population générale, même si les autres troubles psychiatriques montrent des prévalences proches. La comorbidité entre PTSD, dépression et troubles addictifs est fréquente, même si certaines études suggèrent que le lien PTSD-alcool peut être plus faible chez les immigrés que chez les natifs. Le stress de l'acculturation, nourri par la discrimination, les barrières linguistiques, l'isolement et les obstacles à l'intégration sociale, influence la santé mentale et peut contribuer au recours aux substances, tandis que les soutiens sociaux et communautaires atténuent ce risque.

Les conditions socio-économiques (niveau de revenus, stabilité de l'emploi, type d'hébergement, séjour en camp) modulent fortement le risque de conduites addictives. Les populations en grande précarité (sans-abri, sans

titre, hébergement en camp) présentent un risque accru de consommations à risque, de difficultés d'accès aux soins et de rupture de parcours. Les enfants et les adolescents issus de familles immigrées qui parviennent à intégrer les deux cultures (d'origine et du pays d'accueil) semblent mieux adaptés et moins violents que ceux qui s'identifient exclusivement à la culture d'origine, même si l'impact de ces trajectoires d'acculturation sur les troubles addictifs reste encore peu documenté.

### Accès aux soins, barrières et pistes d'action

Les migrants accèdent d'abord aux dispositifs à bas seuil (accueils de jour et de nuit, distributions alimentaires), qui constituent des portes d'entrée vers le système de soins, mais restent insuffisants pour un accompagnement global. En addictologie, la réduction des risques (échange de matériel, naloxone, dépistage VIH/VHC/VHB, salles de consommation, traitements de substitution) est centrale pour atteindre les publics les plus éloignés du droit commun, sous réserve de services accessibles, non jugeants et culturellement adaptés. Les études montrent des bénéfices importants lorsque ces conditions sont réunies: amélioration

de la santé somatique, stabilisation relative des consommations, soutien dans les démarches sociales, juridiques et médicales.

Les barrières restent nombreuses: méconnaissance des droits et du système, complexité des démarches (PUMA, AME), peur des autorités, racisme et violences institutionnelles, tabous autour de la santé mentale, défaut d'interprètes et de médiateurs, sous-représentation des femmes et de certains groupes très stigmatisés. Les auteurs recommandent de renforcer un « socle universel » de soins incluant santé mentale, addictologie et réduction des risques, indépendamment du statut administratif, en simplifiant l'accès à l'assurance maladie et en garantissant la continuité des soins lors des changements de statut, transferts ou sorties de dispositifs. Ils prônent des services linguistiquement et culturellement adaptés, l'implication de médiateurs et pairs navigateurs, une approche globale de type housing first articulant logement, accompagnement juridique, apprentissage linguistique et insertion professionnelle, ainsi qu'une lutte explicite contre la criminalisation, la stigmatisation et les discriminations visant les personnes migrantes qui consomment des drogues.

## ADOLESCENCE ERRANTE

# Entre fuite et emprise: corps et subjectivité des adolescents en errance aggravée

**Axel Lamarque**, éducateur, **Hortense Bret**, psychologue, association *Hors la rue*.

Errance et conduites addictives sont constamment reliées dans la clinique auprès des jeunes en errance aggravée. Comprendre leur consommation, c'est aussi entendre la manière dont ils tentent de répondre face à l'exil traumatique, à l'adolescence et ses remaniements et de leur corps utilisé par d'autres.

### Ces adolescents en errance: vivre dans l'agir pour ne pas s'effondrer

Depuis 2017, *Hors la rue*<sup>1</sup> accompagne des adolescents maghrébins en situation d'errance, entendue ici non comme un simple déplacement spatial ou une

modalité de marginalité sociale, mais comme une organisation singulière de l'existence. Cette errance traduit une difficulté à inscrire le corps et la parole dans un espace symbolique suffisamment stable<sup>2</sup> pour soutenir la subjectivation. Les repères temporels et relationnels se trouvent altérés, entravant

1. *Hors la rue* est une association créée en 2004. Elle a pour objectif d'accompagner les enfants et adolescents étrangers en danger. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire effectue des missions d'aller-vers en région parisienne. À côté de ces actions de terrain, l'association mène également des actions de sensibilisation et de plaidoyer afin de favoriser une meilleure prise en charge des enfants étrangers en danger par les pouvoirs publics. Site internet: <https://horslarue.org/>  
2. Douville, O. (2018). Clinique psychanalytique de l'exil. Paris, France: Dunod.

# ADOLESCENCE ERRANTE

toute possibilité de projection dans l'avenir: le sujet est alors assigné à l'instant présent, dans une temporalité de l'urgence et de la survie. L'absence de reconnaissance et de liens institués faisant tiers empêche l'élaboration psychique de l'expérience vécue. Faute d'un autre qui attende, qui reconnaisse et qui soutienne, l'adolescent se maintient dans un agir quasi-permanent<sup>3</sup>. Dans ce contexte, un arrêt brutal, une mise en mots vécue comme forcée et le temps de la pensée ne constituent pas un appui, mais au contraire une menace: ils exposent le sujet à un risque d'effondrement. L'errance apparaît ainsi comme une modalité défensive, à la fois coûteuse et nécessaire, permettant de maintenir une continuité subjective minimale face à l'absence de cadres symboliques contenant.

Dès l'âge de 13 ou 14 ans, ces adolescents quittent leur terre natale qu'ils décrivent comme un endroit sans avenir. Pour échapper à un destin forcé, synonyme pour eux de galère et de misère, ils traversent la Méditerranée marqués par des expériences de mise en danger extrêmes. Les réseaux sociaux participent aussi à la construction d'un imaginaire puissant qui impulse leur départ: des jeunes issus du même pays, voire de la même ville, exhibant des liasses de billets, vêtements de marques, des armes accompagnés d'un discours héroïque: sauver sa mère, ses petits frères et sœurs d'une fatalité transgénérationnelle.

De passage pour certains en Espagne, ils investissent la langue espagnole comme tentative de reprise identitaire, tout en vivant une conflictualité autour de leurs origines. Dans les centres fermés, les règles imposent un cadre strict: manger avec des couverts, ne pas parler arabe, ne pas se battre, ne pas voler, ne pas consommer. Le cadre institutionnel, censé contenir, est parfois vécu comme persécuteur. Ces règles, au lieu de faire fonction de holding<sup>4</sup>, deviennent source d'angoisse. Ces jeunes finissent par répéter une fuite psychique face à toute tentative de contenance imposée.



©Canva

## Consommation et emprise chimique: anesthésier l'affect, soutenir le Moi

Une fois arrivés en France, le discours qui leur est tenu contraste brutalement avec celui des réseaux sociaux: « ici, on ne fait pas les papiers, ce n'est pas possible ». Ici, il s'agit de travailler, de gagner de l'argent, de l'envoyer au pays et de consommer. Ici, il faut se montrer courageux, ne pas exprimer tes émotions, ni ton vécu.

Pour y arriver, des médicaments leur sont proposés ou vendus à un prix dérisoire au coin de la rue. Lyrica ou Rivotril, chacun de leur mésusage a une fonction psychique. Le Lyrica agit comme un anesthésiant émotionnel, une tentative d'attaque de la pensée: il permet de « ne plus penser », de faire taire les affects, court-circuitant la fonction alpha<sup>5</sup> qui transforme les émotions brutes en éléments pensables. Le Rivotril, quant à lui, soutient artificiellement le Moi et autorise le passage à l'acte: voler, casser, se blesser sans angoisse ni douleur.

Une fois la dépendance installée, il devient ainsi facile d'instrumentaliser ces jeunes en alimentant ce mésusage par l'incitation ou la contrainte à la commission de délits<sup>6</sup>. Cette emprise chimique, est une attaque de la subjectivité, venant réduire ces adolescents en des objets fonctionnels, utiles, exploitables.

## Le corps comme dernier lieu d'inscription subjective

L'analyse du rapport que ces adolescents entretiennent avec leur corps constitue un axe clinique pour appréhender les conflits intrapsychiques auxquels ils sont confrontés. Le corps apparaît souvent comme anesthésié, mis à distance de la pensée et des affects, vécus comme potentiellement envahissants ou entravants. Dans ce contexte, divers mécanismes sont mobilisés afin de tenter de restaurer un sentiment d'existence et de continuité subjective. Ces modalités passent notamment par l'automutilation, qui vient inscrire la souffrance psychique sur la surface du corps, par la mise en mouvement incessante — fuir, courir, traverser — ou encore par des stratégies de protection corporelle telles que la superposition de couches de vêtements tels que des douelines en été.

Lorsque la parole, en tant qu'outil d'élaboration et de symbolisation, se trouve rendue impossible, l'agir devient un mode d'expression privilégié, faisant fonction de langage. Ces manifestations corporelles et comportementales témoignent de l'exil, des pertes et des violences subies, mais elles demeurent sans véritable adresse. Faute de la présence d'un autre suffisamment fiable, capable d'accueillir, de contenir et de transformer cette expérience, ces tentatives d'expression restent à l'état brut, sans possibilité de mise en sens.

3. Douville, O. (2012). Les figures de l'errance. Toulouse, France: Érès.

4. Winnicott, D. W. (1971). Jeu et réalité. Paris, France: Gallimard.

5. Bion, W. R. (1962). Aux sources de l'expérience. Paris, France: Presses Universitaires de France.

6. Procès pour traite des êtres humains au Trocadéro: "La précarité ne justifie ni n'excuse l'exploitation de la vulnérabilité". Dalloz Actualité. <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/proces-pour-traite-des-etres-humains-au-trocadero-precarite-ne-justifie-ni-n-excuse-l-exploita>

## Enjeux cliniques et institutionnels: le lien comme condition d'inscription dans un lieu

Créer les conditions du lien constitue un enjeu central dans l'accompagnement de ces jeunes. Là où l'exil, l'errance et les expériences de violence ont rompu les inscriptions symboliques, le travail clinique vise avant tout à réintroduire un tiers fiable. Il ne s'agit pas de contraindre à l'arrêt, ni d'imposer un cadre qui viendrait redoubler l'expérience de l'emprise, mais de proposer une présence suffisamment stable pour

permettre au sujet de s'y risquer. Dans cette perspective, le lien précède souvent la parole. Avant de pouvoir dire, il s'agit de pouvoir être là, reconnu, attendu. La répétition des rendez-vous, la constance des adultes, l'attention portée au corps et aux rythmes singuliers viennent peu à peu faire fonction de contenance.

Le travail clinique s'inscrit ainsi dans une temporalité lente, souvent heurtée, faite d'allers-retours, de disparitions et de réapparitions. Ces mouvements ne relèvent pas d'un refus du lien, mais témoignent au contraire de la difficulté

*Ici, il faut se montrer courageux, ne pas exprimer tes émotions, ni ton vécu.*

à s'y engager durablement, tant l'expérience passée a souvent associé attachement et danger. Maintenir le lien malgré les ruptures constitue alors un acte clinique fort, venant soutenir la possibilité d'une inscription subjective.

## TRAJECTOIRES D'EXIL

# Addictions, exil et psychotrauma en Guyane: les usages ont une histoire

**Tristan Vassaux**, doctorant en anthropologie au laboratoire MINEA (Université de Guyane), coordinateur général de l'Association Guyanaise de Réduction des Risques (AGRRR)

En Guyane, les questions d'addiction chez les personnes exilées et migrantes ne peuvent être comprises à partir des seules catégories de la déviance ou de la dangerosité. Elles doivent être replacées dans des trajectoires marquées par l'exil, l'attente administrative, la précarité résidentielle, les violences traversées et, souvent, des psychotraumatismes importants. Dans ce cadre, les consommations apparaissent moins comme des conduites isolées que comme des pratiques qui permettent de « tenir le coup », prises dans des conditions de vie profondément dégradées.

## Les consommations ne se comprennent pas sans les parcours migratoires

Les observations disponibles depuis quelques années dans plusieurs contextes européens convergent. En

Belgique, les « (més)usagers » rencontrés sont majoritairement des hommes jeunes issus de populations marginalisées, notamment des migrants primo-arrivants<sup>7</sup>. Au Portugal, des chercheurs ont démontré le lien entre trouble de l'usage de prégabaline<sup>8</sup> et syndrome de stress post-traumatique chez les personnes en parcours migratoire<sup>9</sup>. En France, plusieurs travaux récents soulignent la visibilité croissante de certains usages parmi des personnes migrantes très précaires, qu'il s'agisse de jeunes isolés ou d'adultes venus d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est ou du Caucase<sup>10</sup>. Ces constats invitent à ne pas dissocier les consommations des effets sociaux de l'exil.

En Guyane, cette articulation apparaît avec une acuité particulière. Territoire frontalier fortement traversé par les mobilités, la Guyane combine intensité

des flux migratoires, fortes inégalités sociales et accès très inégal aux dispositifs de soin. Les acteurs de terrain observent ainsi que les problématiques d'usage émergent ou s'aggravent fréquemment lorsque l'installation urbaine se pérennise dans des conditions de rue, d'errance ou d'attente prolongée. Inès Longuet et Tristan Vassaux<sup>11</sup> rapportent par exemple l'apparition, en 2023, de consommations de cocaïne basée, aussi appelée crack, au sein d'une communauté sahraouie demandeuse d'asile installée sous tentes dans l'espace public à Cayenne. Le témoignage d'un professionnel d'une structure spécialisée souligne le rôle des interactions de rue, des sociabilités de survie et de l'exposition locale aux produits dans l'initiation de certains usages: « Il y avait toute une communauté qui était installée là, sous les tentes, et il y a eu comme une petite vague de consommation. Forcément,

7. Richelle, L., & Hogge, M. (2023). Mésusage de prégabaline en Belgique francophone: Enquêtes de terrain. *Revue Médicale de Bruxelles*, 44(2), 96-105.

8. La prégabaline est un médicament prescrit notamment dans certaines douleurs neuropathiques, l'épilepsie et le trouble anxieux généralisé. Son usage fait toutefois l'objet d'une vigilance croissante en raison du développement de consommations détournées ou non médicales, en particulier dans des contextes de grande précarité, où elle peut être recherchée pour ses effets sédatifs, anxiolytiques, désinhibiteurs ou euphorisants, ainsi que pour accompagner la descente d'autres produits.

9. Cunha, C., Corvacho, M., & França, G. (2023). "Just give me pregabalin, doctor": Pregabalin use disorder in two undocumented migrants from North Africa. *Discover Psychology*, 3(1).

10. Lovera, M., Juszczak, E., & Pfau, G. (2023). Substances psychoactives, Usagers et Marchés. Tendances récentes à Paris et en Île-de-France en 2022 [Rapport TREND]. Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT).

11. Longuet, I., & Vassaux, T. (2025). Drogues et conduites addictives en Guyane [Rapport OUDOM]. Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT).

il y a eu des échanges, des interactions et il paraîtrait que deux ou trois ont commencé à consommer du crack. Ils ont goûté, ont commencé par rapport aux mecs d'ici qui leur ont fait découvrir. Là, il y en a peut-être deux ou trois qui sont restés et qui consomment ».

## Un médicament peut aussi devenir un produit de rue

Ces situations rappellent qu'il n'existe pas, à proprement parler, de « culture migrante » de l'addiction. Les usages se configurent plutôt à l'intersection de vulnérabilités psychiques, de contraintes sociales et d'environnements locaux de consommation. En Guyane, les professionnels de l'AGRRR<sup>12</sup>, du CAARUD RDS<sup>13</sup> et d'autres structures de première ligne signalent ainsi des usages de Lyrica® et de Rivotril® chez des personnes exilées présentant des psychotraumatismes importants. Ce phénomène semble s'être accentué en 2025, le Dr Marc Ommary a notamment souligné l'introduction de la prégabaline dans les suivis de sevrage résidentiel au CHU de Cayenne.

Les données OPPIDUM montrent qu'en France, le nombre d'usagers de prégabaline pris en charge dans les structures spécialisées a été multiplié par douze entre 2008 et 2022, avec une aggravation nette des situations de précarité, de dépendance, de symptômes de sevrage et d'approvisionnement par le marché de rue<sup>14</sup>. Les travaux de Lovera et al. (2023) montrent en outre que, chez certaines personnes migrantes, les usages répondent à plusieurs fonctions : gérer la descente du crack ou d'autres produits, atténuer l'anxiété, le stress ou les symptômes post-traumatiques, favoriser le sommeil, ou encore produire une forme de désinhibition.

En Guyane, les dispositifs de première ligne accueillent désormais une part importante de personnes en exil confrontées à des usages de substances, à des souffrances psychiques et à des difficultés d'accès aux droits.

## Prendre en charge l'addiction, c'est aussi prendre en charge l'exil.

Dès lors, répondre à ces situations suppose de rompre avec une lecture exclusivement morale ou strictement toxicologique des usages. L'enjeu n'est pas seulement de prendre en charge un produit, mais des trajectoires d'exil marquées par la précarité, la violence et l'incertitude. Une telle approche implique d'articuler addictologie, santé mentale, travail social, interprétariat, accès aux droits et réduction des risques. Dans ce type de contexte, la réduction des risques occupe une place décisive : elle permet à la fois de limiter les dommages sanitaires et sociaux, et d'ouvrir un premier espace de confiance vers le soin. Pour des personnes souvent tenues à distance des institutions, elle constitue ainsi l'une des rares modalités de rencontre non jugeante et crédible.

*Il n'existe pas, à proprement parler, de « culture migrante » de l'addiction.*

Les addictions en contexte migratoire ne sauraient dès lors être réduites ni à une forme d'altérité pathologique ni à un supposé défaut d'intégration. Elles manifestent, au contraire, les effets sanitaires cumulés de la précarité, des violences subies et de l'attente administrative. En Guyane, où la forte disponibilité du crack et son faible coût accentuent ces vulnérabilités, ces situations rendent particulièrement nécessaire une lecture articulant exil, psychotrauma et santé publique. Elles soulignent également l'urgence de développer des travaux de recherche spécifiquement consacrés aux polyconsommations de crack et de prégabaline sur le territoire. Mieux documenter les parcours d'initiation, les logiques d'association entre produits et les contextes d'usage permettrait non

seulement d'affiner la compréhension de ces trajectoires, mais aussi d'améliorer leur prise en charge et de dégager des pistes de prévention plus adaptées aux réalités locales.

### EN 2025, LES ACTIVITÉS DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR DES DONNÉES DE PARTICULIERS ET PAR :

- L'Assistance-Publique des Hôpitaux-de-Paris et l'hôpital de Bicêtre ;
- Les ministères de la Santé et de la prévention (DGS, ANSP), de l'Intérieur (DA, Dian), de la Ville (Dihal, ANCT), de l'Éducation (FDVA), de la Justice (SADJAV), des Solidarités, le Fonjep, la Cnam et la Cnam 94 ;
- Le Fonds européen, Fami asile et intégration ;
- Les ARS d'Ile-de-France, d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et de Guyane ;
- La Drieets IDF, la Drieets Paca, les DRDFE Aura, IDF et Paca, la DGCopop Guyane ;
- Les Villes de Paris (DSP), de Marseille, de Cayenne et la Communauté des Communes des Savanes (CCDS), la DDETS42, la DDETS13, la DDETS du Nord, la DDDFE Loire ;
- La Fondation de France, la Fondation pour le logement, La Fondation Arceal, s/e Fondation Caritas France, la Fondation Barreau de Paris Solidarité ;
- La Fondation Afnic, la Fondation Francis Lefebvre, La Fondation Raja s/e Fondation de France ;
- Les associations Sidaction, Aides.

12. L'Association Guyanaise de Réduction des Risques (AGRRR) est une association de santé communautaire créée en 2016, qui intervient en Guyane auprès des personnes consommatrices de produits psychoactifs, notamment à travers des actions de réduction des risques, d'aller-vers et de sensibilisation.

13. Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues de l'association Relais Drogue Solidarité (RDS).

14. Garnier, C., Schein, M., Lacroix, C., Jouve, E., Soeiro, T., Gentile, G., Lapeyre Mestre, M., & Micallef, J. (2024). Patterns of Pregabalin Users from Substance Abuse Treatment Facilities: Results from the French OPPIDUM Program from 2008 to 2022. CNS Drugs, 38(9), 743-751.

# Le projet Addictologie au Comede

Océane Gaigeot et José Polo Devoto, médecins référent-es au Comede

Le projet mis en place en 2021 pour accompagner en soins les conduites addictives des personnes exilées soutenues par le Comede en IDF est venu donner réponse à une problématique ressentie et réfléchie depuis un certain temps. Peu dépistées, les consommations d'alcool, de tabac, de cannabis étaient parfois banalisées par les professionnel·les de santé qui, de façon implicite, accordaient à ces produits une capacité d'anxiolyse ou de confort dans un contexte de précarité extrême.

Une enquête menée au centre de santé de Bicêtre en 2022 démontrait que 20 % des patient·es étaient des fumeurs quotidiens de tabac, mettant à mal l'idée que ces personnes n'avaient pas assez de ressources pour financer une telle consommation. Les entretiens addictologiques ont révélé par la suite que la plupart de ces patient·es augmenteraient les quantités consommées s'ils ou elles avaient davantage de moyens.

La consultation d'Addictologie au centre de santé a trouvé progressivement sa place. Elle permet la prise en charge des patient·es dans leur langue, là où certaines structures ne font pas appel à l'interprétariat professionnel; elle offre une solution aux médecins auparavant démuni·es face à ces situations complexes; elle renforce la nature globale et pluridisciplinaire de l'accompagnement; elle permet une orientation vers une prise en charge spécialisée au sein même de la structure, levant ainsi les réticences à se rendre dans un lieu de soins spécialisé en addictologie. Plus largement, la présence d'un addicto-

logue dans l'équipe a permis de sensibiliser celle-ci au sujet de la discipline et d'en faire un enjeu majeur de prévention.

### Au-delà de cette expérience

La thématique particulière des conduites addictives dans les populations migrantes en situation de grande vulnérabilité est encore peu connue et peu documentée par les dispositifs

sanitaires et du médicosocial. La complexité de la problématique elle-même, la diversité des situations et des manifestations qui lui sont rattachées, les limites imposées par la législation au recueil de données en lien avec l'origine des personnes et la variabilité des facteurs qui rentrent en ligne de compte expliquent au moins en partie ce déficit et incitent à développer une réflexion globale et généraliste.

Dans un contexte où les thématiques de l'ordre social et de l'accueil des



Atelier de prévention proposé aux patient·es du Centre de santé de Bicêtre en salle d'attente.

### LES SERVICES DU COMEDE

[www.comede.org](http://www.comede.org) - 01 45 21 39 32

**Consultations & ateliers pluridisciplinaires** dans les centres de soins et d'accompagnement en régions IDF (Bicêtre, Paris), Aura (Saint-Étienne), PACA (Marseille) et Guyane (Cayenne). Modalités d'accueil et de prise de RV sur [www.comede.org](http://www.comede.org)

**Permanences téléphoniques** médicale & psychologique, et sociale & juridique. Coordonnées et détails sur: [www.comede.org](http://www.comede.org)

**Centre de formation:** 01 45 21 39 32  
[contact@comede.org](mailto:contact@comede.org)

**Publications** téléchargeables sur le site [www.comede.org](http://www.comede.org); **Guide Comede** et **Livrets bilingues, articles électroniques** et **ressources du Guide Comede** sur le site internet dédié: [www.guide.comede.org](http://www.guide.comede.org)

migrant·es sont agitées au quotidien par des discours aux accents identitaires et moralisants, la réflexion sur le sujet doit faire appel à un regard rationnel et dépassionné.

L'interprétation des troubles de l'usage de substances psychoactives dans cette population a été longtemps centrée sur le déracinement et la dimension ethnoculturelle. Mais il est admis à ce jour le rôle délétère joué par l'empilement de beaucoup d'autres facteurs propices à l'émergence de ces conduites: les troubles psychiatriques en général et les psycho-traumas en particulier, la précarité, l'isolement et l'environnement hostile, discriminant et anxiogène dans lequel évoluent les populations migrantes en situation de grande vulnérabilité dans notre pays et plus largement en Europe et dans le monde.

Les paramètres qui ont une influence sur les comportements de consommation chez ces personnes sont proches de ceux qu'on retrouve dans la population générale: le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la classe socio-professionnelle.

Ailleurs, les facteurs susceptibles de jouer un rôle de protection sont amoindris sinon absents: l'environnement social et affectif est souvent démembré, l'insertion sociale et professionnelle est un terrain en friche, les compétences psychosociales et en particulier l'estime de soi fréquemment peu développées.

Dans le cas particulier des mineurs et des jeunes consommateurs viennent se greffer d'autres déterminants au caractère délétère, semblables à ceux qu'on observe dans la même tranche d'âge de la population générale. Il s'agit de la vulnérabilité déterminée par la précocité des consommations, par leur retentissement chez des individus en développement et par l'exposition aux risques auxquels ils sont confrontés.

Ces facteurs amplifient la tendance à la chronicisation et à l'expression de manifestations psychiatriques. Dans la population dont on parle ils sont par ailleurs aussi le terreau de situations potentiellement critiques car ils exposent à des rencontres susceptibles d'ouvrir la voie à des manipulations, des trafics divers, voire de traite d'êtres humains.

### La singularité de la prise en soin

Souvent le recours aux substances psychoactives constitue des tentatives désespérées et inabouties de soulager la souffrance psychique, l'anxiété nourrie par le stress chronique, les troubles du sommeil qui accompagnent la rupture, la perte et l'incertitude inhérentes à l'exil.

Les premiers recours aux soins dans le domaine spécifique des addictions ne relèvent pas souvent d'une demande élaborée en amont par des patient·es en proie à des difficultés en lien avec la survie. Dans ces circonstances l'offre de soins addictologiques s'opère à travers l'intervention des professionnel·les de santé de première ligne sensibilisé·es à la problématique, en capacité de repérer les conduites addictives et d'orienter vers les dispositifs spécialisés de droit commun. Cela fait appel à l'existence d'un climat de confiance, respectueux, bienveillant, non jugeant, empathique alors que fréquemment ces patient·es éprouvent de la pudeur et de la hantise de décevoir les soignant·es. Un accès aux soins de premier recours, en médecine générale notamment, est donc primordial pour repérer ces situations et les prendre en soins le plus précocement possible. Elles sont aussi l'occasion de faire un travail de prévention et de réduction de risques.

Les situations de détresse et de grande instabilité psychologique et situationnelle propres au quotidien de ces patient·es vulnérables impriment un rythme particulier aux soins addictologiques qui sont de ce fait ponctués par des avancées et des pauses dans le déroulement du projet thérapeutique. En dehors de ces "fenêtres de tir" l'objectif immédiat du soin demeure de préserver le contact, de déculpabiliser le patient, de garder sa motivation, autrement dit de "desserrer l'étau" dans l'attente d'un contexte plus favorable. Aussi cet interlude est l'occasion de faire passer des conseils de réduction de risques et des dommages.

### L'importance d'un cadre pensé

Plus loin encore, des soins addictologiques de fond ne peuvent pas être imaginés en dehors d'un cadre social suffisamment stabilisé. Cette expérience d'accompagnement dans le domaine des conduites addictives proposée aux patient·es pris en soins pluridisciplinaires par le Comede en IDF est riche d'enseignements.

Dans cette population, les soins addictologiques, tout autant que l'ensemble des soins proposés, ont une forte valeur réparatrice. Ils sont porteurs d'un message d'inclusion et participent activement à la réduction des inégalités sociales de santé qui frappent ces patient·es. Ils ouvrent une autre voie d'accès aux droits alors que ces personnes fragilisées sont confrontées souvent aux entraves, aux retards et aux refus de soins de santé. Enfin, ces soins véhiculent des messages de santé publique auprès de ces populations, là où elles sont et où elles évoluent, avec des bénéfices indéniables sur la qualité et l'espérance de vie.

#### Maux d'Exil, mars 2026 :

RÉALISATION:  
Parimage

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:  
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:  
Arnaud Veisse

RÉDACTRICE EN CHEF :  
Agathe Coutel

ONT ÉGALEMENT PARTICIPÉ  
À CE NUMÉRO:  
Chiara De Pascalis