

Réponses interculturelles aux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées

Manuel à l'usage des professionnels travaillant avec les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées dans le domaine des addictions



Réponses interculturelles aux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées

Manuel à l'usage des professionnels travaillant
avec les réfugiés, les migrants et les personnes
déplacées dans le domaine des addictions

Les points de vue exprimés dans cet ouvrage n'engagent que le ou les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe ou du Groupe Pompidou.

La reproduction d'extraits (jusqu'à 500 mots) est autorisée, sauf à des fins commerciales, tant que l'intégrité du texte est préservée, que l'extrait n'est pas utilisé hors contexte, ne donne pas d'informations incomplètes ou n'induit pas le lecteur en erreur quant à la nature, à la portée et au contenu de ce texte. Le texte source doit toujours être cité comme suit : « © Conseil de l'Europe, année de publication ». Pour toute autre demande relative à la reproduction ou à la traduction de tout ou partie de ce document, veuillez vous adresser à la Direction de la communication, Conseil de l'Europe (F-67075 Strasbourg Cedex), ou à publishing@coe.int.

Toute autre correspondance relative à ce document doit être adressée au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, Council of Europe, F-67075 Strasbourg Cedex.

Conception de la couverture et mise en page :
Service de la production des documents et des publications (SPDP), Conseil de l'Europe

Cette publication n'a pas fait l'objet d'une relecture typographique et grammaticale de l'Unité éditoriale du SPDP.

© Conseil de l'Europe, mai 2023
Imprimé dans les ateliers du Conseil de l'Europe

REMERCIEMENTS

Sous la supervision générale de M^{me} Ourania Botsi, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, ce manuel a été coécrit par le D^r Samy Kemkem (Algérie), M^{me} Jadranka Ivandić-Zimić (Croatie), M. Andreas Pichides (Chypre), M^{me} Foteini Savvopoulou (Grèce), M^{me} Agnes Nemeth (Hongrie), M. Marco Caputo (Italie), M^{me} Patricia Artimová (République slovaque), M^{me} Francisca Barreiros et M^{me} Maria Carmona (Portugal) et M^{me} Maria Pérez-Lopez (Espagne). Lors de la phase de finalisation, le manuel a été révisé et publié sous la direction des D^r Christos Kouimtsidis (Grèce) et Paola Rosca (Israël).

Le secrétariat du Groupe Pompidou souhaite remercier tous les auteurs et contributeurs pour leur vif intérêt et enthousiasme pour le sujet et leur engagement dans la réalisation de ce manuel, élaboré en grande partie pendant la pandémie de covid-19.

Table des matières

RÉSUMÉ	5
CHAPITRE 1 – LA MIGRATION. DE QUOI PARLE-T-ON ?	7
1.1. La migration interne	7
1.2. La migration internationale	8
1.3. Caractéristiques communes et statut juridique des groupes cibles	8
1.4. Conclusions	9
CHAPITRE 2 – LES POPULATIONS EN DÉPLACEMENT ET LES DÉFIS LIÉS AUX DROGUES	11
2.1. Facteurs de risque	11
2.2. La phase pré-migratoire	13
2.3. La phase migratoire	13
2.4. La phase postmigratoire	13
2.5. La compétence socioculturelle	14
2.6. Traumatismes et risques pour la santé mentale	15
2.7. Une prise en charge fondée sur la prise en compte des traumatismes	16
2.8. Exclusion sociale et risque de stigmatisation	17
2.9. Risques liés à la covid-19	18
CHAPITRE 3 – DÉPISTAGE ET PREMIÈRE ÉVALUATION	19
CHAPITRE 4 – PRÉVENTION	21
4.1. Aperçu	21
4.2. Détection précoce à l'arrivée et système d'accueil préventif	21
4.3. Prévention et logement	22
4.4. Prévention en milieu communautaire	22
4.5. Prévention au niveau du foyer/de la famille	24
4.6. Prévention ciblée à destination des groupes vulnérables	24
4.7. Recommandations à l'intention des décideurs	27
CHAPITRE 5 – LA RÉDUCTION DES RISQUES	29
5.1. Aperçu	29
5.2. Les défis en matière de réduction des risques	30
5.3. Recommandations à l'intention des professionnels	31
5.4. Réduction des risques : recommandations à l'intention des décideurs	32
CHAPITRE 6 – TRAITEMENT ET INSERTION SOCIALE	33
6.1. Aperçu	33
6.2. Défis liés au traitement et à l'insertion sociale	33
6.3. Recommandations à l'intention des professionnels	34
6.4. Recommandations à l'intention des décideurs	34
CHAPITRE 7 – APPLICATION DE LA LOI	35
7.1. Aperçu	35
7.2. Tendances et caractéristiques du marché des drogues en Europe	35
7.3. Coopération en matière de prévention de la criminalité liée à la drogue	37
7.4. Recommandations à l'intention des professionnels des services répressifs	38
7.5. Recommandations à l'intention des décideurs	39
PRINCIPES DIRECTEURS SUR LA PRÉVENTION, LA RÉDUCTION DES RISQUES ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET D'AUTRES ADDICTIONS CHEZ LES RÉFUGIÉS, LES MIGRANTS ET LES PERSONNES DÉPLACÉES	41
Aperçu	41
I. Dépistage	41
II. Prévention	42
III. Réduction des risques	43
IV. Traitement	43
ANNEXES	45
ANNEXE I – Israël : profil du pays et gestion du dépistage	45
ANNEXE II – République slovaque : profil du pays et gestion du dépistage	47
ANNEXE III – Caractéristiques du marché des drogues en Europe : classification par substance	48
RÉFÉRENCES	51

Résumé

Créé en 1971 à l'initiative du Président français Georges Pompidou en réponse à la forte hausse de la consommation de drogues en Europe, le Groupe Pompidou (GP) est un organe intergouvernemental du Conseil de l'Europe dont la mission est d'apporter des connaissances, un soutien et des solutions pour des politiques en matière de drogues efficaces, basées sur des connaissances validées et respectant pleinement les droits de l'homme. En 2021, le GP a célébré son 50^e anniversaire et élargi son mandat pour adopter une approche plus inclusive et plus globale ; ce dernier englobe désormais les comportements addictifs liés à des substances licites (telles que l'alcool ou le tabac) et les nouvelles formes d'addiction (telles que les jeux de hasard et d'argent sur internet). La devise du GP – « Les droits de l'homme au cœur des politiques en matière de drogues » – s'incarne dans son approche humaine de la lutte contre l'addiction aux drogues qu'il envisage comme un problème de santé plutôt que comme un problème de criminalité. Concrètement, de nombreux États membres du GP ont mis en place des salles de consommation de drogues à moindre risque, plaçant la dignité des personnes au cœur de la prise en charge des troubles liés à la consommation de substances.

Le problème des addictions ne se limitant pas aux frontières de l'Europe, le GP a créé, en 2006, le réseau méditerranéen de coopération sur les drogues et les addictions (MedNET) auquel participent des États non membres du Conseil de l'Europe, à savoir l'Algérie, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc, la Palestine¹ et la Tunisie. De nombreux pays européens, notamment ceux de la région méditerranéenne, ont subi, et subissent encore, les effets de la crise migratoire qui a débuté en 2015. Les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays peuvent être particulièrement exposés aux troubles liés à la consommation de drogues, aussi doivent-ils bénéficier d'un important soutien interdisciplinaire pour gérer et surmonter les nombreux risques auxquels ils sont confrontés en tant que populations en déplacement.

En 2017 et 2018, les réseaux EXASS Net et MedNET du GP ont organisé deux réunions, avec le soutien du coordinateur national grec sur les drogues, sur le thème « Les réfugiés et les drogues : estimer les besoins, soutenir les pratiques, prévenir les risques » ; les professionnels travaillant avec les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées y ont fait part de leurs doutes quant à leur capacité à faire face et à répondre de manière appropriée aux besoins de cette population cible. En réponse à ces questionnements, le GP a ajouté l'activité « Répondre aux nouveaux défis liés aux drogues pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées » à son programme de travail pour la période 2019-2022 du GP et mis en place un Réseau de soutien des professionnels (SNP) pour répondre à ces problématiques. Ce réseau vise à identifier et à recueillir des pratiques communes et expérimentales pour répondre aux besoins des groupes cibles, à former les professionnels qui interviennent auprès de ceux-ci, à soutenir les initiatives de renforcement des capacités et à promouvoir les résultats et les conclusions du projet au niveau européen et international par le biais des institutions partenaires.

Ce manuel propose une approche pluridisciplinaire de ces risques, car il est essentiel de les envisager sous l'angle juridique, psychologique et socioculturel pour apporter une aide aux populations cibles tout en préservant leur droit fondamental à la dignité. Conçu par des professionnels pour des professionnels, ce manuel se veut un guide pratique permettant de comprendre les multiples paramètres dont doivent tenir compte les professionnels qui travaillent avec les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées et la manière dont ces paramètres favorisent l'apparition de troubles liés à la consommation de substances chez la population cible. Il met l'accent sur une approche individualiste de l'aide à ces populations, car si ces personnes sont toutes des migrants, ce sont aussi des individus qui ont chacun des parcours et des expériences de vie uniques et qu'il faut aider en fonction de leurs besoins personnels. Les recommandations figurant dans ce manuel sont fondées sur des données factuelles et s'appuient sur les études existantes, les bonnes pratiques, la jurisprudence et les instruments juridiques ainsi que l'expertise reconnue des professionnels qui travaillent dans le domaine. Le GP espère que ce manuel apportera aux praticiens l'éclairage et les ressources dont ils ont besoin pour répondre aux besoins des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées dans le contexte des troubles liés à la consommation de substances.

1. Cette dénomination ne saurait être interprétée comme une reconnaissance d'un État de Palestine et est sans préjudice de la position de chaque État membre du Conseil de l'Europe sur cette question.

POURQUOI CE MANUEL ?

Conçu comme un guide complet, ce manuel entend aider les professionnels à comprendre les besoins des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées souffrant de troubles liés à la consommation de substances et à y répondre d'une manière respectueuse de leur culture. Il se veut un outil précieux pour tous les professionnels et décideurs qui travaillent avec ces personnes, leur adressant des conseils et des recommandations à suivre lorsqu'ils mettent en œuvre des mesures et des politiques et interviennent auprès de la population cible en général. Privilégiant une approche centrée sur les droits de l'homme, ce manuel souligne la nécessité de garantir l'égalité d'accès au traitement et de développer une compétence interculturelle pour répondre de manière appropriée aux besoins individuels des personnes concernées et préserver leur dignité.

MÉTHODOLOGIE ET DÉMARCHÉ

L'élaboration de ce manuel est un projet qui a vu le jour en décembre 2019 avec la création d'un groupe de travail de 12 professionnels travaillant avec les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées souffrant de troubles liés à la consommation de substances. Baptisé « Réseau de soutien des professionnels » travaillant avec les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, ce groupe a échangé pendant plus de deux ans d'utiles connaissances, expériences et ressources avant de parvenir au résultat final. Ce manuel fait également partie des activités prévues dans le [Plan d'action du Conseil de l'Europe sur la protection des personnes vulnérables dans le contexte des migrations et de l'asile en Europe \(2021-2025\)](#), coordonné par la [Représentante spéciale de la Secrétaire Générale du Conseil de l'Europe sur les migrations et les réfugiés](#).

Malgré la pandémie de covid-19, qui a éclaté peu de temps après le lancement de ce projet, le groupe de travail a tenu des réunions régulières (en ligne) pour définir et rédiger les différents chapitres du manuel.

Forts de leurs connaissances personnelles et de leur expérience de terrain, les membres du groupe ont ensuite procédé à une revue approfondie de la littérature sur leurs sujets respectifs afin d'étayer leurs propos. Puis, ils ont élaboré une première mouture du manuel, début 2020, juste avant l'épidémie de covid-19. La rédaction du manuel s'est achevée en mai 2022, après l'ultime réunion du groupe de travail le 9 mai à Strasbourg.

STRUCTURE DU MANUEL

Chapitre 1 – Les migrations. De quoi parle-t-on ?

Le chapitre 1 définit les différents groupes de populations en déplacement, analyse les différentes raisons qui les poussent à se déplacer et s'interroge sur l'impact qu'exerce sur leur accès à différents services sociaux et de santé le fait qu'ils bénéficient ou non d'un statut juridique protégé.

Chapitre 2 – Les populations en déplacement et les défis liés aux drogues

Le chapitre 2 décrit les facteurs de risque auxquels peuvent être exposées les populations en déplacement, les différentes phases migratoires, les compétences socioculturelles que doivent acquérir les professionnels et les risques particuliers liés à la pandémie de covid-19.

Chapitre 3 – Dépistage et première évaluation

Le chapitre 3 traite du dépistage et de la première évaluation dont font l'objet les migrants à leur arrivée dans le pays d'accueil. Il attache une attention particulière à la détection des vulnérabilités, telles que les troubles mentaux, les problèmes de santé physique, etc.

Chapitre 4 – Prévention

Le chapitre 4 porte sur la conception et la mise en œuvre de mesures de prévention à destination de la population cible, notamment en ce qui concerne le logement, les actions de prévention de proximité, au niveau du ménage/de la famille, des femmes et des enfants. Pour conclure, ce chapitre adresse des recommandations aux décideurs pour mener des actions de prévention efficaces.

Chapitre 5 – Réduction des risques

Le chapitre 5 présente l'approche de réduction des risques et ses enjeux. En conclusion, il adresse des recommandations aux professionnels et aux décideurs sur les interventions en matière de réduction des risques.

Chapitre 6 – Traitement et intégration sociale

Le chapitre 6 porte sur le traitement des troubles liés à la consommation de drogues et son impact en matière d'intégration sociale. Il termine par des recommandations aux professionnels sur le traitement et aux décideurs sur la manière de concevoir les services de traitement.

Chapitre 7 – Application de la loi

Le chapitre 7 s'attache à divers aspects liés aux services répressifs, aux caractéristiques du marché des drogues en Europe, à la prévention de la criminalité liée aux drogues et à la coopération en la matière et adresse des conseils aux responsables de l'application des lois et des recommandations à l'intention des décideurs sur l'action des services répressifs.

Chapitre 1

La migration. De quoi parle-t-on ?

Par migration, on entend tout mouvement de personnes quittant leur lieu de résidence habituelle, soit à l'intérieur d'un même pays, soit par-delà une frontière internationale. La migration a fait l'objet de diverses études au cours des dernières décennies qui ont permis de dégager plusieurs définitions, causes et circonstances de ce phénomène. En revanche, la définition du terme « migrant » continue à faire débat. Il n'en existe pas de définition précise, notamment du fait que les études sur la migration privilégient souvent une approche binaire qui concerne généralement le statut migratoire (opposant migrants en situation régulière et migrants en situation irrégulière), ou bien met sommairement en évidence les raisons ou les motifs qui poussent les personnes à se déplacer en distinguant deux catégories de migration : la migration forcée et la migration volontaire. Cette distinction suscite un profond scepticisme, car il est souvent difficile de faire clairement la différence entre le choix et la contrainte : dans les faits, la décision de quitter son lieu de résidence habituelle procède dans la plupart des cas d'un mélange des deux.

Ce chapitre n'a pas vocation à analyser ou à catégoriser les types de migration. Maints documents traitent déjà du cadre juridique, politique ou socioéconomique de la migration. Il s'agit ici de présenter brièvement les caractéristiques et la situation des personnes en déplacement qui relèvent du champ d'étude de ce manuel – à savoir, celles qui sont contraintes de migrer à l'intérieur de leur pays (migration interne) et celles qui franchissent des frontières internationales (migration internationale).

1.1. La migration interne

La migration interne désigne le mouvement de personnes à l'intérieur d'un État aux fins d'y établir une nouvelle résidence, temporaire ou permanente². Les personnes qui sont forcées à l'exil et à se déplacer à l'intérieur des frontières nationales sont universellement définies comme des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (ci-après les « personnes déplacées »). Aux termes des Principes directeurs des Nations Unies relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (1998), les personnes déplacées sont « des personnes ou des groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de

situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État³ ». Selon l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE)⁴, des personnes déplacées ont été recensées dans 11 des 46 États membres de l'Organisation, à savoir l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, la Croatie, Chypre, la Géorgie, la Moldova, la Macédoine du Nord, la Serbie, la Turquie et l'Ukraine. La plupart de ces personnes (environ 4 millions en 2017⁵) se trouvent en Ukraine⁶, en Turquie, en Azerbaïdjan, à Chypre, en Serbie et en Bosnie-Herzégovine. Les déplacements de population internes à l'Europe résultent principalement de situations d'instabilité et de conflits, dont certains remontent aux années 1990, mais sont dus dans certains cas à des catastrophes naturelles ou à l'impact du changement climatique, comme les tremblements de terre de 2020 et 2021 en Croatie, de 2016 en Italie, ou les inondations de 2014 en Bosnie-Herzégovine⁷. Selon les derniers chiffres en date de l'Observatoire des situations de déplacement interne (IDMC), au niveau européen, la majorité des nouveaux flux de personnes déplacées ont été observés en Albanie, principalement après des catastrophes naturelles (environ 33 000 personnes) et en Espagne, après des incendies dévastateurs (environ 23 000 personnes)⁸. Dans certains cas, les personnes déplacées sont ensuite devenues des minorités ethniques⁹. Ainsi, en Union soviétique, il était courant de déplacer des personnes de leur république d'origine vers d'autres républiques soviétiques. En outre, après la chute de

2. Organisation internationale pour les migrations (2022b).

3. Nations Unies (1998), Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays.
4. Paraskeva (2017), p. 8.
5. Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe (2018), « L'Europe a le devoir de protéger les personnes déplacées internes » disponible à l'adresse : www.coe.int/en/web/commissioner/-/europe-s-duty-to-internally-displaced-.
6. Entre le mois de février et d'avril, le nombre de personnes déplacées en Ukraine a fortement augmenté. Le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays depuis le début de l'invasion est estimé à plus de 7,1 millions : www.iom.int/news/71-million-people-displaced-war-ukraine-iom-survey.
7. Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe (2018), « L'Europe a le devoir de protéger les personnes déplacées internes » disponible à l'adresse : www.coe.int/en/web/kyiv/-/internally-displaced-persons-idps-integration-participation-and-non-discrimination.
8. www.internal-displacement.org/global-report/grid2020/.
9. Une minorité ethnique est un groupe de personnes d'une race ou d'une nationalité particulière vivant dans un pays ou une région où la plupart des personnes sont d'une race ou d'une nationalité différente.

l'URSS, les personnes déplacées sont devenues des minorités ethniques dans d'autres pays. Les minorités ethniques peuvent se heurter aux mêmes difficultés que les migrants. Les personnes qui consomment des drogues et qui sont d'origine étrangère ou issues de milieux culturels et ethniques divers peuvent présenter des particularités culturelles, aussi importe-t-il que les programmes de traitement et d'intégration sociale prennent en considération leurs différences¹⁰.

1.2. La migration internationale

Selon l'une des définitions qui font le plus référence en la matière, un migrant international désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituel en franchissant une frontière internationale pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons dans un pays dont elle ne possède pas la nationalité ou la citoyenneté¹¹. La définition du terme « migrant » répond à deux grandes approches : (1) l'approche inclusive, suivie notamment par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), qui considère les migrants comme des personnes qui ont quitté leur lieu de résidence habituelle, indépendamment de leur statut juridique et des raisons les ayant poussées au départ, et (2) l'approche résiduelle qui exclut du terme « migrant » ceux qui fuient les guerres ou les persécutions.

Selon l'approche inclusive, le terme « migrant » englobe les réfugiés, les travailleurs étrangers, les victimes de traite ainsi que les personnes dont le statut ou les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux, les conjoints accompagnants et de nombreuses autres catégories de personnes.

En outre, l'intégration dans les catégories existantes de celle de « migrant environnemental » fait de plus en plus consensus. Le changement climatique et les catastrophes naturelles ont toujours été des facteurs importants de migration. Cependant, les prévisions en matière de changement climatique pour le 21^e siècle laissent présager un plus grand nombre de déplacements liés à des phénomènes météorologiques extrêmes¹². Il n'existe à ce jour aucune définition juridique ni aucune définition internationalement reconnue pour désigner des personnes qui se déplacent pour des raisons environnementales. En 2007, l'OIM a proposé une vaste définition de travail de la migration environnementale qui s'efforce de saisir la complexité des enjeux : « les migrants environnementaux sont des personnes ou groupes de personnes qui, essentiellement pour des raisons liées à un changement environnemental soudain ou progressif influant néga-

tivement sur leur vie ou leurs conditions de vie, sont contraintes de quitter leur lieu de résidence habituelle ou le quittent de leur propre initiative, temporairement ou définitivement et qui, de ce fait, se déplacent à l'intérieur ou hors de leur pays¹³ ».

1.3. Caractéristiques communes et statut juridique des groupes cibles

Nous allons à présent nous efforcer d'identifier les caractéristiques communes aux catégories évoquées ci-dessus, en partant du constat qu'il s'agit de personnes qui ont toutes été contraintes de se déplacer, ou qui ont dû migrer de manière irrégulière. Ces déplacements, outre les défis qu'ils comportent, peuvent donner lieu à un séjour illégal dans un pays. Dans la pratique, les migrants, qu'ils se déplacent à l'intérieur ou hors de leur pays, sont confrontés à des difficultés liées aux déplacements et à l'adaptation à un nouveau lieu. L'adaptation aux normes culturelles et sociétales du pays (ou de la région) d'accueil exige un effort considérable de la part de la personne et est souvent source de beaucoup de stress.

Selon le cadre juridique international, des droits spécifiques sont reconnus aux personnes déplacées, tels qu'énoncés dans les Principes directeurs des Nations Unies relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays (E/CN.4/1998/53/Add.2), à savoir le droit de recevoir une protection et une aide humanitaire de base et de regagner leur lieu d'origine en toute sécurité. Il appartient aux autorités du pays dans lequel se trouvent les personnes déplacées de leur apporter protection et assistance¹⁴. Cependant, même si l'on pourrait penser à première vue que les personnes déplacées sont davantage privilégiées et n'ont pas eu à surmonter les mêmes difficultés que les migrants internationaux, dans les faits, elles sont confrontées aux mêmes défis, en l'occurrence les traumatismes, les longs processus de réinstallation et les séjours prolongés dans des hébergements temporaires. Dans le contexte de la migration internationale, la perspective juridique devient plus compliquée. D'une part, la Convention de Genève de 1951 impose aux États parties d'accorder des droits et une protection aux demandeurs d'asile et aux réfugiés. S'agissant des réfugiés, l'un des principes directeurs est celui du non-refoulement qui interdit à un État de renvoyer un demandeur d'asile dans un pays où il serait menacé de persécution. Une fois qu'il bénéficie d'un statut protégé, un réfugié a le droit de travailler, d'étudier, de recevoir des soins de santé, de circuler librement et de bénéficier des avantages que la loi reconnaît aux citoyens du pays d'accueil. Si le statut

10. Fedorova O. (2012), p. 10.

11. Organisation internationale pour les migrations (2022b).

12. Rapport de synthèse (SYR) du 5^e rapport d'évaluation du GIEC (AR5) (2014), disponible à l'adresse : www.ipcc.ch/report/ar5/syr/.

13. Organisation internationale pour les migrations (2017).

14. Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-internally-displaced-persons/about-internally-displaced-persons>.

de réfugié est universellement reconnu par les États parties à la Convention de Genève, d'autres formes de protection, telles que la protection humanitaire ou subsidiaire, dépendent des législations nationales et internationales, les droits qu'elles protègent varient donc selon les pays.

Les réfugiés sont internationalement reconnus comme des personnes contraintes de se déplacer pour fuir les guerres et les persécutions. Les droits des réfugiés sont consacrés par la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et la déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants. En vertu de la Convention de 1951, le terme « réfugié » désigne une personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui, en raison de cette crainte, ne veut y retourner. Pendant le processus d'examen de la demande d'asile, les réfugiés potentiels sont appelés demandeurs d'asile. Ce statut officiel leur permet de bénéficier d'une protection internationale et de droits dans un pays autre que leur pays d'origine.

D'autre part, lorsqu'un migrant international est débouté de sa demande d'asile et reste sur le territoire au-delà du délai imparti pour le retour volontaire dans son pays d'origine, il est qualifié de « migrant en situation irrégulière ou sans papiers ». Dans de nombreux États, le séjour irrégulier ou non autorisé est considéré comme une infraction pénale. Par conséquent, les migrants en situation irrégulière sont souvent poursuivis en justice ou font l'objet d'une procédure de retour forcé (rapatriement)¹⁵ vers leur pays d'origine, même plusieurs années après. Les migrants sans-papiers ne bénéficient dès lors d'aucun accès à un soutien ou à des services et se heurtent généralement à plusieurs obstacles juridiques et sociaux pendant leur phase d'installation et d'adaptation. Les migrants internationaux sont par conséquent exposés à un risque de discrimination en raison de leur nationalité, de leur origine ethnique ou de leur race, ce qui aura de plus une incidence sur l'exercice de leurs droits (accès à l'éducation, à la santé, au travail ou à la justice). Par exemple, dans l'affaire *Gaygusuz c. Autriche*, le requérant s'est vu refuser le versement de prestations sociales lorsqu'il était dans le besoin, bien qu'il ait travaillé en Autriche pendant des années et contribué à l'économie du pays, au motif qu'il n'était pas ressortissant du pays dans lequel il avait émigré. De même, dans l'affaire *Paposhvili c. Belgique*, le requérant est tombé gravement malade pendant son incarcération et ne s'est vu prescrire aucun traitement, ce qui a

entraîné une détérioration de son état de santé¹⁶. La question de savoir comment permettre aux migrants internationaux de bénéficier de différents services en temps utile mérite une attention particulière.

1.4. Conclusions

Les raisons qui poussent les personnes à quitter leur pays sont diverses, tout autant que les caractéristiques qui leur sont propres et, souvent, les instruments juridiques nationaux et internationaux peinent à répondre aux besoins de ce groupe cible hétéroclite. La reconnaissance d'un statut est une procédure complexe; elle est en outre particulièrement difficile à obtenir pour les migrants qui n'ont accès à aucun conseil ni soutien juridique. Les migrants qui ne relèvent d'aucun statut juridique clair évoluent dans une zone grise où la jouissance des droits fondamentaux et l'accès aux services publics sont compliqués et incertains. Cette triste réalité est très préoccupante, car elle accroît la vulnérabilité d'une population déjà défavorisée, rendant ainsi les soins de santé et l'aide sociale plus nécessaires que jamais.

15. Principes de base et lignes directrices des Nations Unies sur les voies et procédures permettant aux personnes privées de liberté d'introduire un recours devant un tribunal (A/HRC/30/37, paragraphe 13; Groupe de travail sur la détention arbitraire, Délibération N°5).

16. Cour européenne des droits de l'homme, *Paposhvili c. Belgique*, requête n° 41738/10, 13 décembre 2016.

Chapitre 2

Les populations en déplacement et les défis liés aux drogues

Principaux aspects

1. Les populations en déplacement sont souvent exposées à des risques additionnels au cours de leur parcours migratoire susceptibles d'avoir une incidence sur leur santé mentale et/ou physique et d'accroître la probabilité qu'ils développent un trouble lié à la consommation de drogues.
2. L'expérience d'un traumatisme constitue un facteur de risque élevé qui peut pousser une personne à consommer des drogues ou à continuer d'en consommer.
3. L'exclusion sociale et la stigmatisation dans les communautés d'accueil constituent des risques complexes supplémentaires.
4. La crise migratoire et la pandémie de covid-19 ont engendré de nouveaux défis et mis en lumière la nécessité de revoir et d'adapter les politiques migratoires existantes en Europe. Chaque pays doit tenir compte des populations migrantes dans son plan de vaccination.

2.1. Facteurs de risque

Le chapitre 2 s'attache aux facteurs de risque auxquels sont exposées les populations en déplacement, notamment les traumatismes, les problèmes de santé mentale et les facteurs de risque rencontrés aux différents stades de la migration. Le chapitre 3 se consacrera quant à lui aux solutions de prévention, de traitement et de réduction des risques auxquelles peuvent recourir les professionnels et les autres acteurs clés concernés. À l'heure actuelle, les données et les études existantes ne permettent pas d'affirmer que les migrants (indépendamment de leur statut juridique ou de leur classification) sont plus enclins à développer des conduites addictives ou qu'ils présentent des taux de consommation plus élevés que la population générale.

La crise migratoire qui a marqué la dernière décennie en Europe est considérée comme le plus grand déplacement de population depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale¹⁷. Les flux massifs observés en 2015 ont donné lieu à des situations ingérables, surtout pour les pays d'Europe du Sud et la Turquie qui étaient en première ligne, et à la création de camps, de structures d'accueil et de centres de rétention (qui ont remplacé des hébergements temporaires) dans toute l'Europe. En outre, sous l'effet conjugué du manque d'effectifs dans tous les secteurs d'activité au sein des États membres et du nombre élevé de demandeurs d'asile, des milliers de personnes vulnérables se sont retrouvées dans l'impossibilité prolongée d'acquiescer un statut. La plupart des réfugiés et des migrants sont arrivés par la route des Balkans occidentaux et la route de la Méditerranée en transitant par l'Afrique du Nord et la Turquie ; parmi les arrivants, généralement plus de la moitié étaient des hommes, suivis d'une importante proportion de femmes et d'enfants. Pour mieux faire face aux risques auxquels le groupe cible est exposé, il apparaît nécessaire de revoir les politiques européennes actuelles en matière de drogues à la lumière de ces déplacements massifs de populations venues de pays non européens, dans un contexte où les filières du trafic de drogues et du trafic de personnes se confondent. À cette situation est venue s'ajouter l'invasion de l'Ukraine par la Fédération de Russie en février 2022 qui a entraîné une détérioration des conditions humanitaires, affectant des millions de personnes en Ukraine. Depuis mars 2022, on estime à 6,48 millions le nombre de personnes déplacées en Ukraine et selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), au 18 mars, plus de 3,2 millions de personnes, dont la moitié d'enfants, avaient fui l'Ukraine et cherché refuge dans d'autres pays, notamment la Pologne, qui a accueilli plus de 1,9 million de réfugiés ukrainiens. La Hongrie, la Roumanie, la Slovaquie et la Moldova se trouvent elles aussi en première ligne et accueillent massivement des réfugiés.

¹⁷. Van Hout M. C., Hearne E. and Wells J. (2016).

Plusieurs circonstances peuvent être considérées comme des facteurs de risque augmentant la vulnérabilité des personnes en déplacement au développement de troubles liés à la consommation de drogues. Citons notamment les mauvaises conditions de vie, la privation de liberté, les longs séjours en rétention, l'instabilité sociale et la longueur des procédures judiciaires, la séparation familiale, l'exposition à la violence, l'exclusion sociale, le chômage, la stigmatisation, le manque d'intégration sociale et éducative et les expériences traumatisantes vécues dans le pays d'origine ou pendant la migration. En outre, l'impact que la pandémie de covid-19 a eu et continue d'avoir sur la migration vers l'Europe et à l'intérieur du continent ainsi que les conséquences négatives auxquelles sont confrontés les migrants, comme les problèmes de santé mentale et la consommation de drogues, restent à apprécier.

Les professionnels qui s'occupent des populations en déplacement devraient tenir compte des 14 indicateurs de mobilité géographique des individus définis par F. Düvell¹⁸. Parmi les plus importants, nous retiendrons la durée du séjour, le lieu, les facteurs incitant au départ, le statut juridique et la distance culturelle. Certaines typologies ont été développées à partir de ces caractéristiques (voir tableau 1) pour aider les professionnels qui s'occupent de consommateurs de drogues d'origine immigrée.

Tableau 1

Caractéristiques des migrants	Typologies
Durée du séjour	La migration peut être permanente, temporaire, saisonnière ou pendulaire. Ces types de migration sont très différents les uns des autres : par conséquent, les comportements des migrants seront très variables. Il importe dès lors de tenir compte de la durée du séjour d'une personne d'origine immigrée dans un ou plusieurs pays d'accueil.
Lieu	La migration peut entraîner un changement dans le type d'habitat entre le pays d'origine et le pays d'accueil : par exemple du rural à l'urbain, ou inversement. Cet aspect doit être pris en compte par les professionnels. Il convient également de tenir compte des migrations liées aux frontières administratives (internes ou internationales) et au parcours de la personne (que le pays dans lequel elle se trouve soit un pays de transit ou sa destination finale).
Facteurs d'incitation	Souvent, plusieurs facteurs d'incitation interviennent dans la décision de partir. Il est cependant utile pour les professionnels d'identifier les plus courants et de comprendre la perception qu'en a le migrant. Exemples : <ul style="list-style-type: none"> ▶ la migration de travail ▶ la migration liée à la carrière ▶ le regroupement familial ▶ la migration liée aux études ▶ la migration forcée pour fuir la guerre ou les persécutions ▶ la migration en raison de catastrophes naturelles.
Statut juridique	Le statut juridique joue un rôle important dans l'organisation du travail avec les migrants. Il a une influence sur l'accès aux services sanitaires et sociaux, ainsi que sur la volonté des migrants d'établir des contacts avec les services publics et leurs agents.
Distance culturelle	Le degré de similarité ou de différence entre les spécificités culturelles des migrants et celles de la population du pays d'accueil est un facteur important lors de l'établissement de contacts et pour la prise en charge ultérieure du bénéficiaire. « On considère que le nombre de difficultés que les individus rencontrent dans le processus d'adaptation est directement proportionnel à l'importance des différences entre les valeurs du pays d'origine et celles du pays d'accueil ¹⁹ ».

Source : Fedorova O., « Travail transculturel en matière de drogues », Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe²⁰

18. Zhanny Zayonchkovskoy, Iriny Molodikovoy, Vladimira Mukomelya (2007), *Методология и методы изучения миграционных процессов. Междисциплинарное учебное Пособие [Metodologiya i metody izucheniya migratsionnykh protsessov. Mezhdistsiplinarnoye uchebnoye posobiye]* (Methodology and methods of studying migration processes. Interdisciplinary curriculum Allowance), Moscow, pp. 71-96, disponible à l'adresse www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Moscow/pdf/Manual_on_Migration.pdf.

19. Psychological and sociocultural adaptation, disponible à l'adresse www.balticregion.fi/, p. 4.

20. Fedorova O. (2012), p. 25.

Il est essentiel que les professionnels n'envisagent pas les migrants comme un groupe homogène ni comme une variable universelle. Lorsqu'ils s'occupent d'une personne d'origine immigrée, ils doivent tenir compte des caractéristiques évoquées plus haut et de toutes les spécificités qui y sont associées. Cela leur permettra d'adopter une attitude et une stratégie individuelle et personnalisée lors de la prise en charge de la personne concernée.

2.2. La phase pré-migratoire

Cette phase intervient généralement dans le pays d'origine de la personne. Bien souvent, c'est là que les personnes se préparent à partir. Les facteurs qui empêchent une personne d'entamer son processus migratoire – conflits interétatiques ou intraétatiques, violations des droits de l'homme, violence interpersonnelle, persécution, menaces, recherche de meilleures opportunités professionnelles ou perte de stabilité – sont souvent vécus comme des traumatismes et peuvent accroître le risque de développer des troubles liés à la consommation de substances²¹. Les formes de migration – que celle-ci soit volontaire, irrégulière, à des fins économiques ou éducatives, ou consécutive à un déplacement – comportent chacune des facteurs de stress et des risques particuliers. Tant les politiques que la prise en charge des patients doivent tenir compte de ces risques migratoires complexes.

2.3. La phase migratoire

La deuxième phase concerne le processus de migration à proprement parler: le déplacement physique d'un lieu à un autre, lequel implique souvent une dimension psychologique, sociale et économique²². Ce processus peut être relativement simple, surtout si la personne migre pour des raisons éducatives ou économiques et qu'elle est en possession de documents migratoires. En revanche, dans le cas des personnes déplacées ou des demandeurs d'asile, la phase migratoire peut se révéler pénible, potentiellement fatale, longue ou imprévisible. Lors de cette phase, les conditions de voyage et le mode de transport, en particulier pour les migrants en situation irrégulière ou les demandeurs d'asile, peuvent déclencher ou exacerber un traumatisme²³. Outre l'impact négatif sur la santé de périodes souvent périlleuses vers l'Europe, de nombreux migrants qui arrivent présentent des besoins sanitaires et sociaux complexes dus à des problèmes de santé déjà existants, à leur exposition à la violence, aux conflits, aux déplacements, au trafic illicite de migrants et à la traite d'êtres humains²⁴. Pour les migrants qui ont subi un traumatisme avant

la migration, les expériences négatives vécues au cours du processus migratoire peuvent avoir des répercussions durables sur leur bien-être mental²⁵.

2.4. La phase postmigratoire

Cette troisième phase est celle où les individus font l'expérience du contexte social et culturel de leur pays d'accueil²⁶. À l'arrivée et durant la phase d'intégration, des risques supplémentaires peuvent générer des situations traumatisantes pour les migrants ou leur faire revivre des expériences traumatisantes, s'agissant notamment des politiques ou des environnements auxquels ils font face dans le lieu de destination; le statut juridique d'un migrant dans le pays d'accueil (réfugié ou demandeur d'asile) conditionnera par exemple son accès à des conditions de travail sûres ainsi qu'à des soins de santé abordables.

L'étape de la demande d'asile implique une procédure judiciaire souvent longue, coûteuse, stressante et imprévisible. Elle plonge, pour une durée indéterminée, des demandeurs d'asile vulnérables dans une situation caractérisée par une absence de statut, jusqu'à ce que les autorités statuent sur leur requête. Le temps que dure cette période d'incertitude, en sachant qu'un demandeur d'asile débouté peut être expulsé, est directement lié à l'apparition de troubles de la santé mentale: par rapport aux nouveaux arrivants, les demandeurs d'asile qui sont restés dans un pays d'accueil sans statut pendant des périodes prolongées sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale, notamment d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), de dépression et d'anxiété²⁷. En Suisse, il a plus particulièrement été démontré que les demandeurs d'asile qui se trouvent dans cette situation d'incertitude présentent des niveaux élevés de troubles psychiatriques²⁸. La durée pendant laquelle les réfugiés vivent dans une situation de vide juridique et social en attendant que l'on statue sur leur demande d'asile, et connaissent donc un chômage de facto, a également une incidence sur leur intégration économique. La réduction du délai d'attente peut non seulement être bénéfique pour la santé des demandeurs d'asile, mais aussi libérer leur potentiel économique en augmentant leurs chances de trouver un emploi²⁹.

Parmi les autres sources de traumatisme intervenant durant cette phase, citons également, la différenciation, la xénophobie, le racisme, la stigmatisation, l'exclusion sociale, la discrimination, l'exploitation sexuelle ou l'exploitation par le travail, l'accès limité ou

21. Organisation internationale pour les migrations (2019), Ch. 7.

22. Schouler-Ocak M. (2015) p. 62.

23. Organisation internationale pour les migrations (2019), Ch. 7.

24. Organisation mondiale de la santé (2018).

25. Schouler-Ocak M. (2015), p. 4.

26. Schouler-Ocak M. (2015). p. 62.

27. Priebe S., Giacco D. and El-Nagib R. (2016).

28. Heeren M., Mueller J., Ehlert U., Schnyder U., Copiery N. et Maier T. (2012).

29. Hainmueller J., Hangartner D. et Lawrence D. (2016).

inexistant aux soins de santé, la crainte de l'expulsion et les mauvaises conditions de vie dans des hébergements temporaires³⁰. La séparation de la famille ou du/de la partenaire peut également rajouter au stress. L'attitude et le comportement des membres de la société d'accueil à l'égard des migrants, en particulier le rejet et l'hostilité, constituent des facteurs supplémentaires susceptibles de se traduire par des effets négatifs sur la santé mentale des individus lors de la phase post-migratoire³¹.

Le sexe, l'éducation, l'âge, la classe sociale et l'accès au logement et à l'emploi peuvent exercer une influence sur l'adaptation des migrants à leur nouvelle communauté ainsi que sur la manière dont ils s'occupent de leur santé. D'autres groupes de migrants vulnérables, tels que les personnes âgées, les personnes présentant une déficience intellectuelle et les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI) ont des préoccupations spécifiques dont les professionnels de santé et les décideurs doivent tenir compte. Un sentiment de persécution peut venir renforcer un sentiment de vulnérabilité³². Ainsi, une étude réalisée en 2017 en Amérique du Nord a fait ressortir que la prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les migrants LGBTI atteignait 70 % à 100 %, tandis que l'abus d'alcool et de substances était entre 2 à 36% plus élevé chez les migrants LGBTI que chez les migrants non LGBTI³³.

Enfin, en raison de leur statut et de leur manque de connaissances en matière de santé, les migrants en situation irrégulière peuvent avoir du mal à solliciter les services de santé du pays d'accueil et à leur faire confiance et à accepter une prise en charge psychologique, craignant souvent que les professionnels de santé ne les dénoncent aux autorités, même dans les pays où cela peut constituer une violation du secret professionnel³⁴.

2.5. La compétence socioculturelle

La multiplication des conflits, des crises économiques et des catastrophes naturelles dans le pays d'origine a favorisé un afflux massif de migrants. Ces migrants ont une culture, une langue, un mode de vie, des valeurs et un comportement différents. D'où l'importance de concevoir une stratégie permettant de communiquer avec des personnes de milieux culturels et sociaux différents. La culture d'une personne influence considérablement la façon dont elle perçoit le monde qui l'entoure, les attitudes des autres et leurs actes, ainsi

que la manière dont elle se comporte³⁵. Les migrants sont habitués à certains modèles d'interaction et de comportement dans la vie quotidienne. Néanmoins, au cours du processus migratoire, du fait qu'ils se trouvent souvent face à d'autres formes d'interaction, comportements et valeurs, ils réagissent différemment à ces conditions et présentent donc des besoins spécifiques. Les professionnels doivent avoir conscience des difficultés auxquelles se heurtent les migrants et apprécier leur situation au cas par cas en tenant compte de leur culture.

Afin de différencier les types de migrants et de pouvoir apprécier les différences culturelles, les professionnels doivent disposer de certaines compétences socio-culturelles. La compétence interculturelle est définie comme « la capacité à observer et à comprendre des **univers de vie individuels** et à considérer la situation et le contexte donnés afin d'en déduire des modes d'action appropriés »³⁶. Ce n'est pas parce que les migrants sont issus d'une culture ou d'un milieu religieux donné qu'ils en suivent nécessairement les préceptes (par exemple, manger certains aliments même si la pratique religieuse l'interdit). Les professionnels doivent prêter une attention toute particulière à l'expérience de chacun et écouter son histoire pour relever les différences importantes et déterminer la bonne stratégie de prise en charge³⁷. **Cet univers de vie** reflète en outre les habitudes de la personne dans la vie quotidienne. Dès lors, la clé d'une intégration réussie des migrants au sein de la société et du système de protection sociale et de santé existant réside dans la compétence interculturelle des établissements sociaux et des professionnels qui y travaillent.

Une étude menée par le psychologue J. Berry sur la psychologie interculturelle a montré qu'il existait des « rapports étroits entre le contexte culturel et le développement comportemental de l'individu ». Selon lui, l'immigration consiste pour les migrants en deux grandes tâches³⁸. Tout d'abord, ils doivent choisir entre conserver ou abandonner leur identité culturelle dans les nouvelles conditions culturelles. Ensuite, ils doivent comprendre leur propre attitude à l'égard de la nouvelle culture.

Ces tâches sont résolues dans le processus d'acculturation. Le tableau 2 revient sur les quatre stratégies d'acculturation qui ont été identifiées.

30. Organisation internationale pour les migrations (2019), Ch. 7.

31. Schouler-Ocak (2015), p. 62.

32. Schouler-Ocak (2015), p. 71.

33. White, Cooper et Lawrence (2019).

34. Priebe, Giacco et El-Nagib (2016).

35. Krylov A. A. (1998), Психология: Учебник [Psychology: Textbook], p. 11.

36. Domenig (2007), p. 29.

37. Voir Kleinman et Benson (2006).

38. Voir Berry, J. W., Poortinga, Y. H., et Dasen, P.R. (2002), *Cross-Cultural Psychology: Research and Application*, Cambridge university Press, Cambridge.

Tableau 2

La stratégie de séparation	La stratégie de marginalisation	La stratégie d'assimilation	La stratégie d'intégration
Les migrants préfèrent conserver les traditions culturelles et le mode de vie de leur pays d'origine. Par conséquent, ils ont un minimum de contacts avec les représentants d'autres cultures et se rassemblent souvent au sein de communautés de personnes de même origine.	Cette stratégie se traduit par un renoncement à certaines racines culturelles associé à une incapacité à s'enraciner dans une autre culture et à accepter de nouveaux paramètres, normes et valeurs.	Cette stratégie implique une volonté de surmonter la distance culturelle au prix d'un renoncement partiel ou total à l'identité culturelle antérieure. Les migrants s'efforcent par exemple d'apprendre rapidement la langue du pays d'accueil, modifient leur comportement, changent d'habitudes alimentaires, d'apparence, etc., et communiquent activement avec la population locale.	Cette stratégie associe la capacité à conserver l'identité culturelle antérieure et l'acceptation de la nouvelle culture. Ces migrants se sentent à l'aise dans les deux environnements culturels.

Fedorova O., « Travail transculturel en matière de drogues », Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe

Comprendre l'attitude d'un migrant peut permettre une gestion plus personnalisée de son cas et l'instauration d'un climat de confiance entre le professionnel et la personne d'origine immigrée.

2.6. Traumatismes et risques pour la santé mentale

La littérature et les études existantes ont montré une relation de cause à effet entre l'exposition à un traumatisme et le développement de troubles liés à la consommation de substances. Cette corrélation peut exposer les populations vulnérables, telles que les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, à un risque accru de développer des troubles liés à la consommation de substances. Les difficultés que ces personnes rencontrent avant, pendant et après leur voyage vers un pays d'accueil ou leur déplacement interne forcé, peuvent causer ou exacerber un traumatisme. Traditionnellement associé aux blessures physiques, le terme « traumatisme » désigne toutefois, depuis la fin des années 1800, une variété de symptômes psychologiques causés par l'expérience ou la menace de la violence, de la blessure ou de la perte. Les événements à l'origine d'un traumatisme englobent toute une série d'actes de violence intentionnels et non intentionnels, tels que les agressions, les sévices physiques ou sexuels, les enlèvements, les guerres, les conflits ou l'isolement.

Le traumatisme, qu'il soit induit par un événement unique ou répété, affecte chaque personne de manière différente. Certaines peuvent clairement manifester des symptômes associés au TSPT, tandis que d'autres « peuvent développer des réponses résilientes ou des symptômes subcliniques de courte durée ou des effets qui ne satisfont pas aux critères diagnostiques.

L'impact du traumatisme peut être subtil, insidieux ou totalement destructeur ». La mesure dans laquelle une personne est affectée par un événement dépend de divers facteurs, notamment « les caractéristiques de la personne, le type et la nature du ou des événements, les processus de développement, la signification du traumatisme et les facteurs socioculturels »³⁹.

L'exposition à un événement traumatique entraîne souvent des conséquences psychologiques. Citons notamment la détresse réactive, la dissociation, les troubles dépressifs et anxieux, les troubles paniques et le TSPT. Ce dernier est le trouble le plus fréquemment signalé, notamment chez les réfugiés, les personnes déplacées et les demandeurs d'asile récemment arrivés. Autrefois considéré comme un trouble anxieux, le TSPT est désormais classé dans la catégorie des troubles liés au traumatisme et au stress⁴⁰. Les symptômes peuvent inclure des flashbacks, une anxiété sévère, une hypervigilance, des cauchemars, des altérations négatives des pensées et de l'humeur, des comportements d'évitement et des complications physiques (comme des troubles du sommeil et de la concentration, des accès de colère ou des comportements autodestructeurs tels que la consommation de substances)⁴¹. Un TSPT peut se manifester tardivement, des mois voire des années après un événement traumatique ; en outre une personne exposée de manière répétée à des événements traumatiques présenterait une vulnérabilité accrue au TSPT⁴².

39. Treatment Improvement Protocol (TIP) Série, n° 57, (2014), Chapitre 3, Center for Substance Abuse Treatment (US), Rockville

40. Schouler-Ocak (2015), p. 9.

41. Mayo Clinic (2018).

42. Schouler-Ocak (2015), p. 14 ; p. 226.

Le traumatisme est généralement associé à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, qui permet d'inhiber et d'autoréguler les émotions douloureuses. L'étude ACE (Adverse Childhood Experiences – Expériences traumatiques de l'enfance) menée en Serbie en 2019, qui a analysé l'incidence de différentes circonstances douloureuses (parmi lesquelles le décès d'un parent, les sévices physiques et sexuels) chez plus de 2500 personnes a fait ressortir que pour chaque ACE, le risque d'apparition précoce de la consommation de substances psychoactives était deux à quatre fois supérieur⁴³.

Il est apparu que les migrants qui avaient entrepris un parcours de migration irrégulière dans la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 présentaient un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale que les migrants partis pour des raisons économiques. Selon l'OMS, en 2018, les réfugiés ayant vécu des événements stressants et menaçants présentaient une prévalence de TSPT oscillant entre 9 et 36 %, contre 1 à 2 % chez les populations des pays d'accueil. Les migrants syriens en Turquie et en Suède affichaient un taux de prévalence du TSPT respectif de 30% et 83% en 2018, les femmes enregistrant des taux plus élevés. Le rapport a également établi que les problèmes de santé mentale, tels que TSPT, pouvaient favoriser une augmentation de la consommation et de l'abus de substances. Une étude réalisée en Suède a mis en évidence l'apparition de troubles liés à la consommation de substances chez des réfugiés de sexe masculin qui invoquaient l'abus de substances pour faire face au stress psychologique et affronter des souvenirs difficiles⁴⁴. Les mineurs non accompagnés semblent présenter des taux plus élevés de dépression et de TSPT que les autres réfugiés et groupes de migrants. Ils sont également exposés à des risques supplémentaires, tels que la mort, le handicap, la privation de liberté par les autorités, le mariage forcé ou précoce, la violence physique et sexuelle, la famine ou l'accès limité aux soins de santé physique et mentale⁴⁵. En outre, selon un rapport publié en 2017 par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), les mineurs non accompagnés qui empruntent la route de la Méditerranée vers l'Europe présentent un risque plus élevé d'exploitation ou de traite que les adultes⁴⁶.

Si l'on tient compte du sexe, il apparaît que les femmes migrantes sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'anxiété, de TSPT ou d'autres troubles mentaux⁴⁷. Les femmes et les filles sont en outre plus exposées à toutes les formes de violence, notamment physique

et sexuelle, au cours de leur parcours migratoire ou pendant leur séjour dans des hébergements temporaires. Elles sont davantage exposées au harcèlement, à l'exploitation sexuelle et à la traite des êtres humains que les hommes. Elles présentent également une probabilité plus élevée de se livrer au commerce du sexe, lequel est associé à la consommation et à l'abus de substances. La séparation familiale, le chômage, la grossesse, les responsabilités parentales et la marginalisation sociale augmentent la probabilité de développer des troubles psychologiques pendant et après la migration⁴⁸. Dans l'Union européenne, les femmes qui développent un TSPT sont exposées à un risque accru de développer des troubles liés à la consommation de substances. Craignant d'être stigmatisées sur le plan social, les femmes ont plus tendance à cacher leur état de santé mentale, leurs traumatismes et leur abus de substances et à éviter de recevoir les soins appropriés.

2.7. Une prise en charge fondée sur la prise en compte des traumatismes

La prise en charge tenant compte des traumatismes est une mesure essentielle de protection à laquelle les professionnels qui interviennent auprès de populations en déplacement doivent avoir recours. Cette prise en charge exige une bonne compréhension des réactions associées à un stress traumatique et des manifestations courantes d'un traumatisme ainsi qu'une connaissance fine des symptômes psychologiques. Ces symptômes peuvent notamment se traduire par un sentiment d'altérité, des reviviscences ou des flashbacks, une dissociation, une altération du comportement, un syndrome de répétition où la personne revit la scène traumatisante de différentes manières, une attitude d'évitement ainsi que des comportements autodestructeurs et d'automutilation. Ces symptômes peuvent se manifester immédiatement ou des années après l'événement traumatique. Il est courant que des troubles concomitants apparaissent, tels que l'anxiété et la consommation de substances, aussi est-il fréquent qu'ils soient sous-diagnostiqués ou mal diagnostiqués chez les survivants d'un traumatisme.

Certaines personnes souffrant de troubles tels que le TSPT, outre ces symptômes psychologiques, peuvent d'abord présenter des symptômes physiques ou somatiques. Dès lors, la prise en charge primaire sera peut-être la première et la seule vers laquelle ces personnes se tourneront pour traiter leurs symptômes traumatiques. Traumatismes et problèmes chroniques de santé sont également étroitement liés. Parmi les troubles et symptômes physiques courants, citons les troubles du sommeil, les troubles gastro-intestinaux, cardiovasculaires,

43. Adverse childhood experiences (ace) study, Research on Adverse Childhood Experiences in Serbia, Unicef in Serbia, March 2019.

44. Organisation mondiale de la santé (2018).

45. *Ibid.*

46. *Ibid.*

47. Arpa (2017).

48. Clark, M. « The Gender Dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region », Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.

neurologiques, musculosquelettiques, respiratoires, dermatologiques, urologiques et les troubles liés à la consommation de substances.

Il arrive souvent qu'une expérience traumatique déclenche ou intensifie la consommation de substances. Le risque de rechute est accru chez les personnes en début de rétablissement ayant subi un traumatisme. La consommation et l'abus de substances chez les survivants d'un traumatisme peuvent être considérés comme une forme d'automédication et donc un moyen d'éviter les émotions douloureuses associées au traumatisme.

Conseils aux professionnels

- ▶ Les risques en matière de santé mentale devraient être évalués et la prise en charge tenant compte des traumatismes devrait être assurée au sein des hébergements temporaires et des communautés en Europe.
- ▶ Aux premiers stades de la prise en charge tenant compte des traumatismes, établissez, renforcez ou rétablissez dès que possible un dispositif de soutien (comme des activités adaptées à la culture).
- ▶ Aidez les personnes à « reformuler » leurs symptômes physiques (troubles du sommeil, etc.) en les envisageant comme des réactions physiologiques à un stress intense.
- ▶ Faites-leur savoir que le traitement et les autres activités de bien-être peuvent améliorer leurs symptômes psychologiques et physiologiques.
- ▶ Le cas échéant, expliquez le lien entre les symptômes de stress traumatique et les troubles liés à la consommation de substances.
- ▶ Normalisez les symptômes traumatiques (expliquez par exemple que les symptômes ne sont pas un signe de faiblesse ni de dysfonctionnement, etc.).
- ▶ Apportez votre soutien aux personnes en leur faisant comprendre qu'ils ne sont pas seuls, qu'ils ne sont pas fautifs et que leur rétablissement est possible.

La résilience à un traumatisme peut rapprocher la personne de sa famille et de sa communauté et renforcer chez elle le sentiment d'utilité et de raison d'être. La prise en charge tenant compte des traumatismes doit être adaptée à la catégorie d'âge de la personne, chaque catégorie d'âge développant des symptômes traumatiques propres. Elle doit également être adaptée du point de vue culturel et respecter les besoins spécifiques de la personne. S'agissant des populations en déplacement, en particulier celles déplacées de force, il importe d'adopter une approche intégrée

visant à prévenir et à traiter l'apparition éventuelle de troubles liés à la consommation de substances et à les aider à s'adapter aux communautés du pays d'accueil⁴⁹.

2.8. Exclusion sociale et risque de stigmatisation

En tant que processus psychosociologique, l'inclusion est inhérente à l'expérience de la migration. Le rapport 2020 de l'OIM sur l'état de la migration dans le monde définit l'inclusion comme la « cohésion sociale et l'intégration des migrants dans les diverses sphères sociétales, telles que l'éducation, la santé, l'emploi, le logement et la participation civique et politique ». La conception et la mise en œuvre de politiques d'inclusion peuvent s'avérer difficiles. En revanche, l'absence de telles politiques peut être coûteuse, non seulement pour les migrants qui peuvent se retrouver confrontés à la discrimination et être marginalisés, mais aussi plus généralement pour la cohésion sociale dans la communauté d'accueil⁵⁰.

L'exclusion des migrants peut avoir des conséquences néfastes pour leur bien-être. Elle peut aussi avoir des effets négatifs sur leurs contributions au commerce et à l'offre en matière de compétences et de main d'œuvre, qui sont autant d'avantages de taille pour les sociétés d'accueil. Il est essentiel de lutter contre l'exclusion des migrants pour réduire les risques, aider les migrants à guérir d'un traumatisme et favoriser le bien-être des sociétés⁵¹.

La stigmatisation ou la mise à l'écart se manifeste généralement par des attitudes négatives ou discriminatoires à l'égard d'une caractéristique ou d'un attribut particulier⁵². La stigmatisation et la discrimination ont la capacité de transformer l'expérience de la migration en un événement traumatisant de la vie. Elles sont souvent étroitement et négativement liées aux conditions de travail et de vie des migrants dans leur société d'accueil. Une étude réalisée en 2010 en Allemagne a montré que 43,4 % des personnes immigrées, quel que soit leur pays d'origine, étaient souvent victimes de discrimination⁵³. En outre, la santé mentale est fortement stigmatisée dans de nombreuses régions du monde et la notion de santé mentale varie d'une culture à l'autre. On observe parfois une forte autostigmatisation chez les migrants, susceptible de réduire leurs chances de bénéficier de soins de santé adéquats, même lorsque ceux-ci sont disponibles⁵⁴.

49. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (2014), Ch. 3, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57, Center for Substance Abuse Treatment (US), available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/.

50. OIM (2019) pp. 169-70.

51. *Ibid.*, Chapitre 6. p. 187.

52. Mayo Clinic (2018).

53. Schouler-Ocak (2015), p. 4.

54. OMS (2018).

2.9. Risques liés à la covid-19

La pandémie de covid-19 constitue un risque additionnel pour la santé physique et mentale des migrants. Le contexte du processus migratoire expose les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à des risques sanitaires accrus, faisant d'eux l'une des populations les plus vulnérables pendant la pandémie.

La migration multiplie non seulement le risque d'exposition individuelle à la covid-19, mais aussi les risques auxquels les migrants sont confrontés à leur arrivée. Ces risques comprennent notamment la stigmatisation liée à la pandémie, l'incertitude quant à l'avenir, la perte d'opportunités, les difficultés économiques, la perte d'êtres chers, l'isolement et la peur. Ces réactions psychologiques peuvent aggraver ou exacerber des problèmes de santé mentale ou des vulnérabilités déjà existantes. Dans les centres de rétention pour migrants et les camps de réfugiés, le taux de transmission du virus constitue un problème de santé majeur, les migrants n'ayant pas toujours accès à de l'eau potable et salubre, à des équipements individuels de protection, à des désinfectants et n'étant pas toujours en mesure de respecter une distanciation sociale⁵⁵. Il arrive en outre que les migrants n'aient pas accès à des informations fiables sur la pandémie dans leur langue maternelle.

Les mesures de prévention courantes contre la covid-19 prises par les pouvoirs publics, telles que la restriction des déplacements internationaux, la mise en quarantaine des personnes entrant sur le territoire, le gel des procédures d'asile et l'instauration de confinements complets ou partiels, ont toutes affecté les déplacements des migrants, leurs liens sociaux, leur accès à l'emploi et leur bien-être. La suspension des programmes de réinstallation et de retour volontaire accentue le sentiment d'anxiété des personnes qui

dépendent de ces processus. Les migrants atteints de pathologies chroniques ou de troubles mentaux peuvent avoir un accès plus limité aux médicaments et aux soins de santé de base, ce qui constitue un facteur de stress supplémentaire pour eux et pour leurs familles. En outre, l'OIM a constaté que les périodes prolongées de quarantaine et d'isolement pouvaient favoriser le stress, les insomnies, l'anxiété et l'abus de substances⁵⁶.

L'accès aux vaccins pour les migrants internationaux (demandeurs d'asile, migrants et réfugiés) s'est encore compliqué pendant la pandémie de covid-19. En effet, la plupart de ces personnes, qui sont dépourvues de statut juridique et n'ont déjà qu'un accès limité, voire inexistant, aux services de santé de base et aux programmes de vaccination, présentent un risque plus élevé de contracter et de propager le virus de la covid-19, ce qui ne fait qu'accroître leur vulnérabilité. Les pays doivent impérativement assurer une distribution équitable des vaccins et des rappels au sein des populations migrantes.

Les obstacles qui empêchent traditionnellement les migrants de recevoir des soins de santé mentale appropriés – notamment les barrières linguistiques et culturelles ainsi que l'accès limité aux prestataires de santé – se sont multipliés depuis le début de la pandémie de covid-19. Si les pays et les organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé gèrent la distribution des vaccins et les chaînes d'approvisionnement, des efforts supplémentaires doivent cependant être consentis pour faire face aux traumatismes, à l'exclusion sociale et à la stigmatisation que subissent les populations migrantes afin d'améliorer la santé globale de la communauté et réduire l'apparition éventuelle de troubles liés à la consommation de substances.

55. Organisation internationale pour les migrations (2020).

56. *Ibid.*

Chapitre 3

Dépistage et première évaluation

L'un des principes fondamentaux qui doit guider le travail avec les demandeurs d'asile et les réfugiés est la prise en compte du caractère hétérogène de cette population, s'agissant de l'origine de ces personnes, de la ou des raisons qui les ont poussées à quitter leur pays et de leur parcours migratoire. Les professionnels qui interviennent auprès de cette population ont l'obligation éthique d'acquiescer les ressources appropriées et nécessaires à cette mission. Plus précisément, dans le cadre d'une intervention psychologique, il est essentiel de veiller à utiliser des outils d'évaluation psychologique adaptés et validés du point de vue culturel et linguistique pour cette population. Chaque fois que cela est nécessaire et possible, les professionnels qui s'occupent des demandeurs d'asile et des réfugiés devraient s'adjoindre le concours de médiateurs culturels et d'interprètes de manière à faciliter la communication.

Pour des raisons d'évaluation des besoins généraux en matière de santé et de protection de la santé publique, un premier examen médical ou bilan de santé devrait être effectué à l'arrivée. Afin de dispenser des soins médicaux d'urgence et d'éviter la propagation de maladies hautement transmissibles au sein d'un hébergement temporaire ou de la collectivité, on procède généralement à un tri ou à un examen médical précoce en situation de crise également.

Pour les États membres de l'UE de l'Union européenne, les dispositions relatives à l'examen médical et aux soins de santé correspondants reposent en partie sur l'article 17 de la directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil. Les normes relatives à l'accueil des demandeurs d'une protection internationale sont énoncées aux articles 18 et 24 de la Directive 2013/32/UE du Parlement européen et du Conseil relative à des procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale.

La nature de l'examen médical peut être définie par l'autorité de santé publique et le médecin (ou le personnel médical) d'un établissement. Cet examen devrait au moins comporter une appréciation subjective des problèmes et des constats objectifs. Il est préconisé d'effectuer, dans la mesure du possible, des examens de laboratoire, une radiographie des poumons, une analyse d'urine et un examen rectal.

Concernant spécifiquement la consommation de substances, les objectifs sont les suivants :

- ▶ détecter les signes d'une consommation de substances grâce à des examens médicaux approfondis ;
- ▶ évaluer la gravité des troubles liés à la consommation ou à l'abus de substances ;
- ▶ identifier d'autres problèmes de santé préexistants (par exemple, une hépatite C) liés à la consommation de substances, sur la base des examens réalisés.

L'examen vise également à identifier les vulnérabilités, telles que les troubles mentaux, les problèmes de santé physique, les problèmes résultant d'une exposition à la violence physique, à la torture, au viol ou à la traite des êtres humains. L'identification des vulnérabilités peut être utile pour détecter les personnes susceptibles de développer une addiction aux drogues ou un trouble lié à la consommation de substances.

Le dépistage de la consommation de drogues et d'autres substances chez les migrants est un défi de taille, car bien qu'il existe des outils et des méthodes en la matière, il importe de les adapter à ce groupe particulièrement vulnérable afin qu'ils tiennent compte des barrières culturelles et linguistiques⁵⁷.

Outil de dépistage de la consommation de drogues du NIDA (National Institute on Drug Abuse), également connu sous le nom de «NIDA quick screen»

Le dépistage de l'abus de substances dès les premiers stades de l'accueil ainsi que la détection des vulnérabilités sont essentiels pour pouvoir fournir rapidement des soins de santé appropriés et un soutien psychosocial et ainsi ouvrir la voie à la guérison. En fonction des constats établis, les résultats du dépistage peuvent être/seront partagés avec d'autres professionnels selon les besoins, par exemple des médecins, des psychologues ou des travailleurs sociaux. Le dépistage permet également de repérer une personne susceptible de développer un trouble lié à la consommation de substances et donc d'identifier une personne ou un groupe qui devrait faire l'objet d'un programme de prévention.

57. OMS, The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-1194.

Pour permettre une évaluation appropriée des besoins, le dépistage doit être effectué par des professionnels qualifiés. Il est vivement recommandé qu'il soit pratiqué par des médecins spécialisés en infectiologie ou en médecine du voyage, en pneumologie et en addictologie. Si cela pose problème dans la pratique, un dépistage, ou toute autre intervention, qui serait effectuée par différents professionnels peut s'avérer tout aussi efficace, à condition que ces derniers coopèrent entre eux et possèdent chacun au minimum des connaissances élémentaires sur les questions migratoires, les vulnérabilités et les addictions⁵⁸.

Au moment de décider d'effectuer ou non un dépistage lors de la phase d'accueil, il est essentiel d'examiner les possibilités existantes de pratiquer un examen médical et de procéder à une intervention sur mesure, le cas échéant. La faisabilité du dépistage peut dépendre de plusieurs paramètres – par exemple, les ressources humaines (manque de professionnels de santé), les problèmes administratifs, l'afflux de migrants, le taux d'occupation d'un établissement

(par exemple en cas d'afflux massif), la formation du personnel et les ressources financières⁵⁹.

Outre les aspects susmentionnés, l'importance du dépistage à l'arrivée dépend de l'existence de programmes de prévention, de dispositifs et de structures d'orientation. Les programmes de prévention étant axés sur les personnes qui n'ont pas de problème de consommation de substances ou sur les personnes susceptibles de développer des conduites addictives, ils devraient réduire la probabilité que surviennent de nouveaux cas d'addiction. Les dispositifs d'orientation et la mise en réseau des professionnels (par exemple, ceux qui travaillent dans l'établissement et ceux des hôpitaux spécialisés) sont dès lors importants pour garantir l'accès aux services en cas de besoin. Faute d'un tel accès, même le plus précis des dépistages ne sera pas aussi utile qu'il pourrait l'être. Il convient de mentionner que la nature du dépistage ainsi que les outils et les protocoles en la matière peuvent varier d'un pays à l'autre. Des exemples de dépistage et de leurs modalités figurent aux annexes I et II.

58. Organisation internationale pour les migrations (2015).

59. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2018).

Chapitre 4

Prévention

4.1. Aperçu

La conception et la mise en œuvre d'actions de prévention à l'intention des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées peuvent être considérées comme un processus complexe comportant une multitude d'obstacles et difficultés pour les responsables politiques et pour les différents professionnels qui œuvrent à la réduction de l'offre et de la demande de drogues. En Europe et ailleurs, chaque pays présente un tableau différent et doit adapter ses interventions en fonction de la situation intérieure et de sa politique nationale en matière de drogues. Par exemple, s'agit-il d'un pays de première ligne ? Existe-t-il des camps et des structures d'accueil ? Comment s'organisent-ils pour l'accueil des nouveaux flux de réfugiés, de demandeurs d'asile, de migrants ? La société comptait-elle déjà des communautés de migrants ? Qui sont les personnes qui migrent (en termes de sexe, d'âge et de motif d'émigration) ? Autant de facteurs déterminant les étapes que chaque professionnel doit suivre pour mettre en œuvre des programmes de prévention adaptés.

Les études et la littérature existantes n'ont jusqu'ici pas permis de confirmer de manière systématique que les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées présentent une prévalence plus élevée de troubles liés à la consommation de substances et d'autres addictions que la population générale⁶⁰. On observe cependant que les personnes qui ont subi une migration forcée sont plus susceptibles de développer des troubles liés à la consommation de substances, en raison d'expériences traumatisantes vécues avant et pendant la migration, de comorbidité psychiatrique, de difficultés d'acculturation et d'inégalités sociales et économiques⁶¹. En outre, les niveaux élevés de détresse et les problèmes de santé mentale dont souffrent les migrants et les réfugiés augmentent les risques de troubles liés à la consommation de substances, en raison de la perte des réseaux de soutien communautaires, de l'assignation de nouveaux rôles sociaux, d'un accès différent aux substances et d'une application plus laxiste des politiques en matière de contrôle des substances⁶². Les programmes de prévention axés sur des interventions précoces sont par conséquent essentiels⁶³.

60. Horyniak et coll. (2016).

61. Lemmens et coll. (2017).

62. Weissbecker et coll. (2018).

63. Miller and Rasmussen (2017).

L'objectif de ce chapitre est d'adresser des recommandations aux praticiens à différents niveaux de prévention, en s'appuyant sur la littérature, les pratiques existantes et l'expérience des professionnels intervenant sur le terrain auprès de ces populations cibles. Les recommandations portent sur les actions de prévention au sein des camps/structures d'accueil et de la collectivité. La population migrante en Europe étant pour moitié composée de femmes, et celles-ci figurant souvent en nombre parmi les réfugiés et les demandeurs d'asile, les recommandations intègrent les questions de genre. Enfin, elles accordent une attention particulière aux enfants et aux jeunes.

4.2. Détection précoce à l'arrivée et système d'accueil préventif

Le travail avec les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées exige de tenir compte non seulement de l'exposition à la violence et des facteurs de détresse lors de la phase pré-migratoire, mais aussi des facteurs de stress permanent liés à l'expérience même du déplacement. Le modèle écologique qui a été proposé pour mieux comprendre la détresse des réfugiés s'appuie sur la recherche et souligne que « la santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile découle non seulement d'expériences traumatiques antérieures liées à la migration (expérience de la guerre ou des conflits, expérience de la violence – y compris la violence sexiste et/ou la violence domestique, les poursuites judiciaires, la détresse économique, etc.)⁶⁴, mais aussi d'une multitude de facteurs de stress permanent dans leur écologie sociale ou de facteurs de stress liés au déplacement⁶⁵ ». Il est par conséquent primordial que les pays de transit, de destination et d'accueil développent des mécanismes et des synergies pour augmenter les facteurs de protection et minimiser les facteurs de risque tout en s'attaquant aux facteurs de stress liés au déplacement, tels que l'exposition au risque de violence et d'exploitation, la pauvreté, l'accès au logement, le chômage et l'isolement social.

64. Rapport sur l'analyse du groupe de réflexion (2021) « Dépendance aux drogues et autres addictions chez les migrants »

65. Initiative des Nations Unies « Ecoutez d'abord », disponible à l'adresse www.unodc.org/res/listen-first/parenting_resources_html/science_of_involvement.pdf.

Il est essentiel de mettre en place des dispositifs d'accueil qui :

1. facilitent l'identification des groupes de migrants et de réfugiés en situation de vulnérabilité et évaluent leurs besoins, notamment en tenant compte de la situation, des vulnérabilités et des besoins spécifiques des femmes et des filles ;
2. garantissent des conditions de vie sûres et humaines : la durée du séjour dans les hébergements temporaires devrait être brève, le placement en centre de rétention administrative en vertu de la législation sur l'immigration devrait intervenir en dernier ressort et les mineurs non accompagnés ne devraient pas être privés de liberté. En outre, les camps et autres abris devraient disparaître. Il convient, dans la mesure du possible, de privilégier les alternatives à la rétention des migrants et de faire de l'accès à un logement décent une priorité ;
3. garantissent des procédures juridiques simples, efficaces et sensibles au genre et écourtent les délais de la procédure d'asile, afin d'éviter l'incertitude et l'insécurité prolongées. Comme cela a été observé, les procédures judiciaires au long cours et l'absence prolongée de statut juridique sont considérées comme des facteurs majeurs de stress susceptibles d'exacerber une vulnérabilité préexistante, du fait qu'ils sont associés à des niveaux accrus de stress et d'anxiété quant à l'avenir, d'instabilité et d'incertitude. La longueur des procédures peut retarder l'insertion sociale, l'accès au travail, à l'éducation ou à la santé n'étant pas toujours possible à ce stade ;
4. garantissent l'accès aux soins de santé en mettant à disposition des services de santé pour les problèmes de santé physique et mentale ;
5. facilitent l'insertion des réfugiés et des migrants :
 - i. en leur affectant des gestionnaires de cas qualifiés et dotés de compétences transculturelles pour les accompagner sur le plan administratif, culturel et social ;
 - ii. en formant les professionnels concernés aux questions d'égalité entre les femmes et les hommes et en assurant autant que possible la mixité des effectifs ;
 - iii. en garantissant l'accès aux informations disponibles sur les services publics concernés et l'accès à la justice ;
 - iv. en garantissant l'accès à des mesures de protection en cas de violation des droits, notamment en cas de violence fondée sur le genre et de traite des êtres humains ;
 - v. en assurant la participation à des cours de langue et d'éducation au numérique ;
 - vi. en assurant l'accès des enfants à l'éducation ;
 - vii. en organisant des formations sur les démarches administratives nationales (sécurité sociale, régime fiscal, système de santé) ;

viii. en encourageant la création de nouveaux réseaux de soutien social dans la collectivité ;

ix. en favorisant l'accès à un emploi légal et décent ;

6. mènent des actions de sensibilisation en organisant des interventions préventives et précoces au sein de structures dédiées à la gestion des addictions à destination de divers groupes de la population réfugiée comme les parents, les femmes et les jeunes ;
7. mettent à disposition des brochures d'information en différentes langues sur les services sociaux et de santé, les troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool et les autres addictions non liées à des substances.

4.3. Prévention et logement

Les interventions de prévention menées au sein des différents types d'hébergement (centre d'accueil, refuges, centres d'hébergement, centre de rétention, etc.) devraient s'attacher :

- ▶ à identifier les personnes présentant des vulnérabilités particulières, notamment les victimes de violence fondée sur le genre ;
- ▶ à améliorer les conditions de vie et à réduire au minimum la durée de séjour dans les structures d'hébergement temporaire ;
- ▶ à promouvoir l'accès à des logements individuels, au sein de la collectivité ;
- ▶ à mettre à disposition des structures d'hébergement de petite capacité situées à proximité des villes, afin que les réfugiés aient facilement accès aux services sociaux, de santé, d'éducation et de protection publique, de manière à faciliter leur insertion au sein de la société locale ;
- ▶ à organiser le fonctionnement des sites d'hébergement de manière à amener les résidents à assumer des responsabilités en leur confiant des rôles et à promouvoir les activités éducatives et récréatives, le principal problème de ces structures étant l'absence d'activités ;
- ▶ à garantir, quel que soit le type d'hébergement, un accès total aux services, et à offrir le soutien d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant des membres essentiels de la communauté, capable d'identifier et de prendre en compte les vulnérabilités d'une personne ou d'une famille.

4.4. Prévention en milieu communautaire

La prévention des addictions au niveau de la communauté s'inscrit dans le cadre de l'approche de santé communautaire fondée sur le concept de « capital santé ». Ce concept fait appel à la capacité d'arbitrage, de décision et de changement de l'individu. Il favorise

l'adoption de comportements positifs en matière de santé qui peuvent être source de bien-être et d'épanouissement personnel et d'une meilleure santé.

Une intervention communautaire suppose l'implication et la participation de la communauté elle-même pour favoriser le processus de changement. Par conséquent, la mobilisation et l'inclusion de tous les acteurs clés, tels que les organisations publiques et privées, les professionnels de santé, les médiateurs culturels, les chefs religieux, les communautés nationales, les ONG et bien entendu les groupes cibles, sont jugées essentielles pour renforcer l'autonomie de ces derniers en matière de prévention des addictions. La participation des femmes et des groupes vulnérables devrait être assurée par des mesures de sensibilisation ciblées. Différentes actions, à différents niveaux d'intervention, devraient être menées pour assurer une participation qui permettra la réalisation des objectifs souhaités :

- ▶ la collaboration avec les établissements de santé implantés dans la communauté sur les questions d'addiction (par exemple, administration publique, organismes gouvernementaux, organisation de la société civile et groupes sociaux) afin de promouvoir une responsabilité sociale partagée ;
- ▶ la participation active au sein d'espaces propices à l'organisation et à l'engagement (par exemple, forums, tables rondes, réunions de coordinateurs de quartier, etc.) pour faire en sorte que les représentants institutionnels, les travailleurs sociaux et la communauté elle-même planifient des actions et programmes d'action conjoints, avec une structure et des objectifs communs ;
- ▶ le soutien à la mise sur pied d'initiatives communautaires à destination du sous-groupe de population des adolescents/jeunes migrants, intégrant une perspective de genre en matière de prévention de la consommation de substances ou des addictions non liées à des substances ;
- ▶ la coordination de manière à assurer la participation des administrations publiques, au niveau politique et technique, et des membres de la communauté, hommes et femmes, à la gestion des actions de prévention.

Lorsque les actions de proximité ciblent les migrants/réfugiés qui ne séjournent pas dans des camps, des centres de rétention ou des structures d'accueil, il importe de cartographier les inégalités de santé sur le territoire et de faire en sorte que le principe d'universalisme proportionné guide les actions de prévention. Il convient en outre d'accorder une attention prioritaire aux groupes et aux quartiers dont les besoins de santé sont les plus importants ou aux populations les plus vulnérables, sans pour autant négliger les autres.

Il convient de noter qu'il est fréquent que les migrants et les réfugiés ne soient pas intégrés dans les systèmes

éducatifs nationaux, ou ne le soient que partiellement, et qu'il leur est donc généralement difficile de mener un mode de vie sain. Ce phénomène concerne plus encore les enfants et les jeunes qui séjournent dans des camps ou d'autres structures d'accueil/de rétention. En outre, bien souvent, même s'ils ont accès au système éducatif, ils peuvent être victimes de stigmatisation sociale à cause de leur origine immigrée ou de leur statut de réfugié. Les interventions à destination de ces groupes s'emploient par conséquent à réduire l'écart de risque par rapport aux adolescents et aux jeunes qui ont un meilleur niveau d'intégration sociale, tout en permettant aux groupes cibles d'avoir accès à un réseau de santé dont ils ne pourraient sinon bénéficier.

Les différents intervenants qui participent à la prévention des addictions doivent bénéficier d'une formation spécifique afin d'acquérir des connaissances culturelles et des compétences interculturelles. La médiation a pour rôle (i) de renforcer les facteurs de protection, et (ii) d'identifier les facteurs de renforcement de la motivation pour la prise en charge des personnes exposées au risque de consommer des drogues ou de développer des troubles liés à la consommation de substances ou d'autres conduites addictives tels que l'addiction aux jeux d'argent et de hasard.

Les professionnels doivent tenir compte des trois grands axes suivants lorsqu'ils conçoivent ou mettent en œuvre des programmes ou des actions de proximité :

1. **Promotion de la santé et réduction des risques :** renforcer les compétences des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux en organisant des ateliers consacrés à un mode de vie sain et à la réduction des risques. Élaborer et distribuer des supports et des brochures sur les risques sanitaires associés aux troubles liés à la consommation de substances et aux autres addictions. Organiser des ateliers sur le thème de la promotion de la santé : habitudes alimentaires, hygiène, habitudes de sommeil et comportement sexuel à risque/préjudiciable. Les thématiques proposées en exemple ci-après pourraient faire l'objet de modules pour les programmes de formation sur la promotion de la santé et la réduction des risques :
 - i. l'interdépendance entre comportements de consommation et développement de comportements sexuels à risque ;
 - ii. l'interdépendance entre comportements de consommation et violence fondée sur le genre ;
 - iii. la sensibilisation aux risques associés aux substances psychoactives ;
 - iv. la sensibilisation aux risques associés aux nouvelles substances psychoactives (NSP) ;

- v. la sensibilisation à l'importance du dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST);
 - vi. la sensibilisation à l'importance du dépistage des maladies infectieuses (VIH, hépatite C, hépatite B).
2. **Développement personnel** : travailler sur le renforcement des aptitudes et compétences personnelles ainsi que des compétences relationnelles. Valoriser les centres d'intérêt culturels comme faisant partie du processus de développement personnel et de maturité. Évaluer les besoins des personnes identifiées comme vulnérables qui peuvent nécessiter des interventions et des moyens de prise en charge spécifiques, en tenant notamment compte des besoins et de la situation des femmes et des filles.
3. **Loisirs** : les programmes de proximité mis en œuvre au sein ou en dehors des établissements publics doivent inclure des activités qui favorisent et encouragent les bonnes habitudes de loisirs et un mode de vie sain. Les activités devraient être organisées pendant les heures de loisir, dans un cadre approprié, et devraient avoir pour objectif principal de proposer une alternative à la consommation de drogues.

Enfin, les migrants et les réfugiés qui consomment des drogues peuvent faire l'objet d'une stigmatisation accrue, d'où l'importance de mettre en place des points de contact dans la collectivité que ces personnes peuvent consulter au sujet de leur consommation sans craindre d'être à nouveau stigmatisées. Comme évoqué plus haut, il est également essentiel que ces interlocuteurs possèdent les compétences interculturelles nécessaires pour offrir un soutien psychologique et social. Dans le cas contraire, la présence d'un médiateur doit être assurée.

4.5. Prévention au niveau du foyer/de la famille

La famille devrait être le premier maillon des efforts de prévention, compte tenu de son rôle essentiel de protection dans la vie des enfants et des jeunes⁶⁶. Les familles soudées ou entretenant des liens forts, qui sont fermement attachées à leurs valeurs, peuvent contribuer de manière essentielle à la prévention, aussi est-il primordial de renforcer la famille⁶⁷. Les programmes de prévention devraient associer les familles de migrants, de réfugiés et de personnes déplacées

66. *Ibid.*, disponible à l'adresse www.unodc.org/unodc/en/listen-first/about.html.

67. Focus group Analysis from Croatia.

afin qu'elles puissent acquérir des compétences qui leur permettront :

- ▶ de favoriser l'implication des parents afin d'améliorer le bien-être émotionnel des enfants et d'agir comme un facteur de protection⁶⁸;
- ▶ de repérer et de prévenir la violence domestique et sexuelle et d'assurer la protection des victimes, avant tout les femmes et les enfants;
- ▶ de s'adonner à des activités en famille pour favoriser une communication ouverte puisque « les enfants qui font des activités avec leurs parents sont moins susceptibles de développer des comportements à risque et de consommer des substances »⁶⁹;
- ▶ de développer des compétences de dialogue qui permettent aux parents d'être à l'écoute des enfants et des jeunes, l'écoute étant essentielle pour leur permettre de grandir en bonne santé et se sentir en sécurité⁷⁰.

4.6. Prévention ciblée à destination des groupes vulnérables

Il existe de multiples façons d'évaluer la vulnérabilité d'un migrant ou d'un réfugié. Celle-ci est essentiellement liée aux raisons qui ont poussé la personne à quitter son pays d'origine, aux situations qu'elle a rencontrées au cours de son parcours migratoire et une fois arrivée à destination ainsi qu'à son sexe, son âge, son identité, son état de santé ou sa situation personnelle⁷¹. La vulnérabilité liée aux raisons ayant motivé le départ ainsi que les situations rencontrées au cours de la migration et à l'arrivée ont été évoquées au chapitre 2. Nous nous concentrerons ici sur la vulnérabilité liée à l'identité, à l'état de santé et/ou à la situation personnelle, qui est susceptible d'accroître le risque d'abus de substances et d'autres addictions (jeux d'argent, jeux de hasard, etc.).

En principe, les déterminants de la vulnérabilité sont⁷²

1. l'âge :
 - ▶ les mineurs (accompagnés ou non accompagnés)
 - ▶ les personnes âgées
2. le sexe :
 - ▶ les femmes, les femmes enceintes, les femmes handicapées et les filles

68. *Ibid.*, disponible à l'adresse www.unodc.org/res/listen-first/parenting_resources_html/science_of_involvement.pdf.

69. *Ibid.*, disponible à l'adresse www.unodc.org/res/listen-first/the-science-of-family_activities_html/science_of_family_activities_04_27_October.pdf.

70. *Ibid.*, disponible à l'adresse www.unodc.org/unodc/en/listen-first/parenting-resources.html.

71. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2018).

72. Vulnerability in the context of applications for international protection (2021), EASO Professional Development Series, <https://easo.europa.eu/new-chapter-easo-professional-development-series-published-vulnerability-context-applications>.

3. la situation familiale :

- ▶ les parents isolés ou les mères avec des enfants

4. l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les caractéristiques sexuelles

- ▶ les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes

5. l'état de santé :

- ▶ les personnes porteuses d'un ou plusieurs handicaps
- ▶ les personnes souffrant d'une affection physique grave
- ▶ les personnes atteintes de troubles mentaux

6. l'exposition à différentes formes de violence et/ou de contrainte :

- ▶ les victimes de torture
- ▶ les personnes qui ont été soumises à une forme de violence fondée sur le genre ou de violence à l'égard des femmes, notamment la violence domestique, le viol, la violence sexuelle ou l'exploitation sexuelle
- ▶ les victimes de la traite des êtres humains
- ▶ les personnes qui ont subi d'autres formes de traumatisme ou de violence psychologique ou physique.

Parmi les cas recensés, beaucoup montrent que les personnes cumulent souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité, liés notamment au sexe ou à d'autres déterminants.

4.6.1. Actions de prévention à destination des enfants

Les enfants, accompagnés ou non, sont considérés comme le groupe le plus vulnérable de la population cible. Les États devraient faire en sorte que les politiques migratoires tiennent compte de l'intérêt supérieur des enfants et des mineurs ainsi que des vulnérabilités et des besoins particuliers des filles. Ils devraient en outre veiller à ce que les enfants réfugiés et migrants puissent bénéficier des mesures de protection prévues dans les conventions internationales et les instruments juridiques européens et puissent pleinement exercer leurs droits, conformément à la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant et à la Convention européenne des droits de l'homme. Les enfants et les jeunes devraient également jouir d'une protection spéciale et faire l'objet d'interventions précoces de prévention tout en bénéficiant d'un environnement sûr qui minimise leur exposition à des facteurs de risque liés à la consommation de drogues.

Il est par conséquent essentiel que tous les enfants migrants et réfugiés bénéficient des conditions

suyvantes afin d'évoluer dans un environnement sûr et protecteur :

- ▶ **Garantir des conditions de vie sûres et humaines :** les structures de petite capacité offrant sécurité et stabilité devraient être privilégiées pour l'hébergement des mineurs non accompagnés et être adaptées à leur sexe et à leur âge, et être préférées à des unités sécurisées surpeuplées au sein de grandes structures qui accueillent des adultes. En outre, s'agissant des enfants accompagnés, il convient d'éviter les séjours de longue durée dans des hébergements temporaires et de permettre aux familles avec enfants d'avoir un accès prioritaire au logement.
- ▶ **Garantir l'accès au système éducatif :** cet accès devrait être garanti à tous les enfants migrants et réfugiés, en gardant à l'esprit que les filles ont pu être empêchées d'accéder à l'éducation dans leur pays d'origine. Il est également recommandé de prévoir un accompagnement éducatif spécial pour faciliter l'apprentissage de la langue.
- ▶ **Mettre à disposition des tuteurs indépendants et correctement formés** relevant des autorités nationales de tutelle pour les mineurs non accompagnés.
- ▶ **Maintenir le lien** entre les enfants et leur famille restée ou vivant à l'étranger ou les personnes qui se sont occupées d'eux.
- ▶ **Mettre en place des activités de loisirs** au sein des structures d'hébergement temporaire dans un premier temps, puis orienter les enfants vers des centres locaux pour enfants et jeunes, où ils pourront développer leurs compétences sociales et se divertir sans danger et de manière saine.
- ▶ **Mettre en œuvre des projets de prévention sur mesure** qui tiennent compte des besoins des enfants, notamment en fonction de leur âge et de leur sexe, et les sensibiliser aux addictions (consommation expérimentale de cannabis, d'alcool, utilisation problématique d'internet et jeux d'argent), les aider à exprimer et gérer leurs émotions et à améliorer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.
- ▶ **Préparer le passage à l'âge adulte** et offrir un soutien permanent, même une fois qu'ils ont atteint l'âge de 18 ans, la maturité et l'indépendance.

4.6.2. Actions de prévention à destination des femmes

Partout dans le monde, la prévalence de l'abus de substances est plus faible chez les femmes que chez les hommes. Les femmes qui consomment des drogues présentent en revanche des profils plus complexes,

principalement du fait qu'elles peuvent être victimes de violence fondée sur le genre et sujettes à des troubles psychiatriques comorbides (anxiété, dépression, TSPT, symptômes somatiques, troubles alimentaires)⁷³. On estime qu'une femme sur trois dans le monde fera l'objet de violences physiques ou sexuelles au moins une fois dans sa vie⁷⁴. Selon les données disponibles, entre 40 et 70% des femmes traitées pour consommation de drogues ont subi des violences physiques et sexuelles. Les femmes qui consomment des drogues sont davantage exposées à toutes les formes de violence fondée sur le genre, au moins une fois dans leur vie⁷⁵. Les femmes qui consomment des drogues sont davantage l'objet de violences que celles qui n'en consomment pas. Les taux de violence sont même plus élevés encore parmi celles qui sont enceintes ou se livrent au commerce du sexe⁷⁶. Des études et rapports publiés par différentes organisations internationales et ONG indiquent que les femmes et les filles migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile sont particulièrement exposées à différentes formes de violences fondées sur le genre⁷⁷, que ce soit dans le pays d'origine, pendant leur parcours migratoire, ou à l'arrivée dans le pays de transit ou de destination⁷⁸. Il est en outre plus difficile pour les femmes de révéler leur abus de substances : elles font l'objet d'une stigmatisation sociale accrue, car il existe encore de nombreuses sociétés patriarcales qui attribuent aux femmes des rôles et des stéréotypes traditionnels et considèrent encore la maternité comme leur rôle principal. Outre une plus forte stigmatisation, les femmes se heurtent également à davantage d'obstacles dans leurs accès aux services de santé ou de prise en charge, pour des raisons culturelles et à cause de leur dépendance économique et de leurs responsabilités familiales⁷⁹.

73. Rapport 2016 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), Chapitre I : Les femmes et les drogues, page 4.

74. Site web ONU Femmes : Faits et chiffres, disponible à l'adresse <https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>.

75. Rapport 2016 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), Chapitre I : Les femmes et les drogues, page 5.

76. Benoit et Jauffret-Roustide (2016).

77. La protection des droits des femmes et des filles migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile est un nouvel objectif stratégique des travaux du Conseil de l'Europe pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes et les droits des femmes dans le cadre de la Stratégie du Conseil de l'Europe pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2018-2023, voir <https://www.coe.int/fr/web/genderequality/migrant-and-refugee-women-and-girls>.

78. Traumatismes subis par les femmes réfugiées et conséquences pour leur intégration et leur participation dans le pays de l'Union qui les accueille, étude de la Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres du Parlement européen, 2021.

79. Rapport 2016 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), Chapitre I : Les femmes et les drogues, pages 3 à 7.

Enfin, on observe des modes de consommation différents chez les femmes : elles sont ainsi plus enclines à faire un usage abusif de médicaments délivrés sur ordonnance et d'alcool que de drogues illicites⁸⁰. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour laquelle les troubles liés à la consommation de substances chez les femmes ne sont parfois pas diagnostiqués et/ou traités.

Lorsqu'ils mènent des actions de prévention, les professionnels qui travaillent avec des femmes migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile devraient envisager la consommation de substances en tenant compte des particularités liées à leur sexe et devraient à ce titre :

- ▶ Garantir l'accès des femmes victimes de violence fondée sur le genre aux services de sociaux, de santé et de protection.
- ▶ Promouvoir la coopération entre les différents services : système de santé, services répressifs, services sociaux et services d'aide aux femmes réfugiées/migrantes/ demandeuses d'asile victimes de violence.
- ▶ Assurer la présence d'effectifs féminins parmi les professionnels travaillant au contact des femmes et des filles migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile.
- ▶ Garantir aux femmes réfugiées/migrantes/ demandeuses d'asile consommatrices de drogues un accès inconditionnel à des dispositifs de protection lorsqu'elles sont victimes de violences, notamment de la traite des êtres humains.
- ▶ Organiser des séminaires de formation et de sensibilisation à l'intention des professionnels de santé sur le risque d'abus de médicaments délivrés sur ordonnance et élaborer des lignes directrices sensibles au genre favorisant des pratiques de délivrance de médicaments sur ordonnance qui, tout en garantissant l'approvisionnement en médicaments antidouleur, n'aboutissent pas à des prescriptions inutiles ou excessives et à un détournement potentiel des substances contrôlées.
- ▶ Organiser des séminaires de formation et de sensibilisation à l'intention des professionnels qui interviennent au sein des centres d'accueil pour femmes et des services d'aide aux femmes victimes de violence fondée sur le genre, concernant les spécificités de chaque sexe en matière de consommation de substances.
- ▶ Organiser des séances d'information pour les femmes réfugiées/migrantes/demandeuse d'asile sur les questions relatives aux addictions.

80. Clark (2015).

4.7. Recommandations à l'intention des décideurs

Une prévention efficace passe nécessairement par l'adoption de politiques publiques, fondées sur des données tangibles, en faveur de l'inclusion des femmes et des groupes vulnérables. La promotion de ces politiques devrait figurer au rang des priorités des travailleurs sociaux, des professionnels de l'éducation et de la santé ainsi que des groupes cibles. Les politiques publiques devraient :

- ▶ lutter contre l'exclusion sociale
 - ▶ lutter contre la pauvreté
 - ▶ promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes et l'intégration de la perspective de genre et s'employer à prévenir toutes les formes de discrimination
 - ▶ promouvoir le respect des droits humains des réfugiés, des demandeurs d'asile, des migrants et des personnes déplacées
- ▶ améliorer les conditions de vie des réfugiés, des demandeurs d'asile, des migrants et des personnes déplacées
 - ▶ renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté des réfugiés, des demandeurs d'asile, des migrants et des personnes déplacées
 - ▶ garantir le plein accès aux services sociaux et de santé dans les mêmes conditions que les ressortissants d'autres pays
 - ▶ assurer la participation et la consultation des réfugiés, des migrants et des personnes déplacées, ainsi que des ONG qui les représentent, lors de l'élaboration des politiques les concernant
 - ▶ concevoir des actions de prévention sur mesure en fonction de la durée du séjour
 - ▶ encourager le partage des bonnes pratiques et l'échange de connaissances et développer des synergies qui favorisent la coopération interétatique.

Chapitre 5

La réduction des risques

5.1. Aperçu

L'approche de réduction des risques est une stratégie de santé publique qui a vu le jour en Europe comme une alternative aux approches morale et répressive qui avaient traditionnellement leur réponse au problème de l'abus de substances, et leurs interventions en la matière, sur le modèle de l'abstinence.

Selon Harm Reduction International, la réduction des risques désigne les politiques, les programmes et les interventions qui ont pour objectif de limiter les effets néfastes, sur le plan sanitaire, social et juridique, liés à la consommation de drogues et aux politiques et à la législation en la matière. Fondée sur les droits de l'homme et la justice, la réduction des risques met l'accent sur le changement positif et le travail avec les personnes, sans jugement, coercition, ni discrimination et sans conditionner l'aide à l'arrêt préalable de la consommation de drogues⁸¹. Elle part du principe qu'il est possible d'atténuer de nombreux dommages liés à l'abus de drogues sans en empêcher la consommation et qu'à cette fin il sera nécessaire de mobiliser les compétences des consommateurs de drogues eux-mêmes et de faire appel à leur responsabilité pour améliorer leur qualité de vie.

Le Conseil de l'Union européenne (2004), l'Organisation mondiale de la santé (2009) et ONUSIDA (2010) ont tous préconisé des mesures globales de réduction des risques mobilisant des politiques, des actions de prévention, des interventions, des programmes d'éducation de proximité et des actions de promotion. L'efficacité et la rentabilité des interventions en matière de réduction des risques ont été avérées par des études qui ont documenté le coût relativement faible et la rentabilité de ces interventions (entre 100 et 1 000\$ par infection à VIH évitée)⁸². L'élaboration des politiques et la planification des interventions pourraient s'appuyer sur ces résultats.

Partout dans le monde, l'on prend de plus en plus conscience que les troubles liés à la consommation de drogues doivent être appréhendés comme une maladie cérébrale chronique et récidivante que l'on peut prévenir, traiter et guérir. Ces troubles ont été comparés au diabète, une maladie physique chronique à laquelle est appliqué le modèle « gestion de la maladie et rétablissement », également préconisé

pour les troubles liés à la consommation de drogues. Cette approche a été approuvée par le NIDA et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime en 2016, démontrant par là même tout l'intérêt que présentent les stratégies de réduction des risques. Elle reste toutefois diversement acceptée et appliquée d'un pays à l'autre. Bien que les pratiques et les avis divergent, la plupart des pays considèrent que les politiques axées sur l'abstinence et le rétablissement doivent être complétées par des mesures qui peuvent réellement réduire les risques et les dommages liés à la consommation de substances psychoactives⁸³.

La réduction des risques et des dommages liés à la consommation de substances addictives prône la mise en œuvre de diverses interventions visant à prévenir, réduire et atténuer les effets néfastes, sur le plan sanitaire, social et économique, de la consommation de substances addictives pour les individus, les communautés et la société. Les mesures de réduction des risques devraient compléter les mesures prises dans les domaines de la prévention, du traitement, de la réadaptation et du rétablissement. La réduction des risques, qui repose sur un ferme attachement aux droits de l'homme, améliore non seulement la santé des consommateurs de drogue, mais aussi celle de leur famille, de leur entourage immédiat et de la société en général.

La réduction des risques repose sur trois grands principes : il s'agit d'une approche pragmatique, humaniste et qui n'impose aucune obligation d'abstinence.

Les interventions en la matière devraient principalement viser à :

- ▶ faire cesser ou réduire la consommation de drogues par voie injectable et, si cette consommation persiste, limiter les comportements à risque liés à ce mode de consommation ;
- ▶ réduire le risque de surdose ;
- ▶ réduire la prévalence des maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, la tuberculose, les MST et d'autres infections ;
- ▶ réduire la morbidité et la mortalité associées à la consommation de drogues ;
- ▶ lutter contre les activités criminelles ;
- ▶ améliorer la situation familiale et sociale.

81. Harm Reduction International, voir www.hri.global/what-is-harm-reduction.

82. Wilson et coll. (2015), p. 9

83. Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, P-PG (2013) 20 <https://rm.coe.int/2013-ppg-20-harmreduction-fra/1680941afe>.

La réduction des risques n'exclut pas l'abstinence en tant qu'objectif de traitement pour les personnes qui souhaitent y parvenir, mais n'en fait pas l'objectif principal à atteindre à court terme. Les interventions en la matière doivent partir de là où en est la personne et respecter ses choix – qu'elle souhaite continuer à consommer des drogues, bénéficier d'un traitement ou parvenir à l'abstinence. Elles ne doivent pas chercher à agir sur le comportement, mais doivent plutôt se concentrer sur la personne et l'aider à atteindre ses objectifs et à répondre à ses besoins.

Cette démarche nécessite la participation de différents professionnels, tels que le personnel soignant et infirmier et les médiateurs interculturels qui font partie de l'équipe technique, ainsi que la mise en œuvre de différentes mesures, stratégies, activités et ressources. Les besoins individuels sont au cœur du processus et sont régulièrement réévalués. Le projet d'intervention doit être défini en concertation avec la personne et en fonction de ses objectifs.

Lors de ces interventions, les professionnels doivent avoir à l'esprit les grands principes de la réduction des risques⁸⁴ :

- ▶ **Les conduites à risque sont une construction sociale**

Les conduites à risque, comme beaucoup d'autres notions, sont définies par les croyances et les valeurs propres à chaque société.

- ▶ **Les conduites à risque ne sont pas près de disparaître**

Les données historiques le montrent : les tentatives d'éradication des conduites à risque, y compris celles liées à la consommation de substances, ont non seulement échoué, mais ont aussi parfois produit l'effet inverse. Elles sont en outre associées à des niveaux de criminalité plus élevés et à d'importantes dépenses publiques. L'approche de réduction des risques considère qu'il serait plus efficace de travailler avec la population concernée et d'essayer de trouver des moyens de réduire les dommages liés à leur conduite.

- ▶ **Les conduites à risque peuvent être une marque d'adaptation aussi bien que d'inadaptation**

Tout en reconnaissant les dommages associés aux conduites à risque, l'approche de réduction des risques préconise d'évaluer sans jugement chaque situation et chaque personne et de comprendre les conduites à risque, leur interdépendance avec d'autres facteurs liés au mode de vie, leur signification et leur contexte.

- ▶ **La réduction des risques ne cherche pas à pathologiser les conduites à risque**

La réduction des risques reconnaît que la consommation prolongée de substances peut entraîner une

dépendance et une accoutumance, mais considère qu'il ne s'agit pas là d'une relation de cause à effet obligatoire. Son objectif est de parvenir à une résolution plus pragmatique et globale des problèmes.

- ▶ **Il existe tout un spectre de risques et d'approches de réduction des risques**

L'approche de réduction des risques part du principe que les interventions en la matière doivent prendre en compte les multiples niveaux de risque existants. Il s'agit d'éduquer et d'accompagner les individus et les communautés et de leur donner les moyens d'explorer et d'appréhender les différents moyens de réduire les risques, en mettant en avant tous les changements permettant de parvenir à une meilleure qualité de vie.

- ▶ **Le comportement individuel s'inscrit dans un contexte social**

L'approche de réduction des risques tient compte d'une diversité de facteurs, tels que les disparités socioéconomiques qui contribuent à l'érosion des systèmes de santé et de protection sociale. Outre assurer la prise en charge de l'individu, il importe d'agir sur l'environnement social, économique et politique.

- ▶ **La réduction des risques est fondamentalement pragmatique et n'est pas un modèle théorique**

La réduction des risques préconise la recherche de solutions acceptables, réalisables et efficaces qui sont applicables à des situations particulières.

- ▶ **La réduction des risques est une démarche éthique**

La pratique démontre la nécessité des services de réduction des risques.

5.2. Les défis en matière de réduction des risques

Lorsqu'ils mettent en œuvre des interventions de réduction des risques ou lorsqu'ils adoptent une perspective de réduction des risques, les professionnels spécialisés dans les conduites addictives rencontrent davantage d'obstacles et de défis dans leur travail avec les migrants et les réfugiés qu'avec la population générale. D'après les remontées de terrain des experts du Réseau de soutien des professionnels (SNP)⁸⁵, il apparaît que les obstacles et difficultés qu'ils rencontrent le plus fréquemment sont :

1. **Les problèmes de communication et la barrière de la langue** : les professionnels qui se rendent dans des centres d'hébergement temporaire indiquent qu'ils bénéficient souvent de l'aide d'un interprète

85. Professionnels de terrain travaillant dans le domaine des addictions en tant que personnel médical ou psychosocial avec les réfugiés et les migrants en Croatie, à Chypre, en Grèce, en Espagne et au Portugal.

84. Marlatt (2011).

qualifié ou d'un médiateur culturel et qu'ils travaillent généralement au sein d'équipes pluridisciplinaires. Les professionnels qui interviennent dans le cadre du travail de rue indiquent en revanche qu'il est rare qu'un médiateur culturel ou à un interprète soit présent pour faciliter la communication en cas de besoin.

2. **Des caractéristiques personnelles (culture, valeurs, religion et statut social) difficiles à appréhender :** Les professionnels indiquent qu'ils ont du mal à appréhender les caractéristiques des réfugiés/demandeurs d'asile lorsqu'ils travaillent à leur contact dans le cadre d'interventions de réduction des risques. Les différences culturelles, en tant que telles, sont autant d'obstacles supplémentaires. Les professionnels ont par conséquent besoin de plus de temps pour trouver un moyen d'entrer en contact avec ces personnes, de cerner leurs besoins, d'établir une relation de confiance et de trouver le point de départ de l'accompagnement. En outre, la méconnaissance des concepts de réduction des risques et de psychoéducation et de leur cadre juridique constitue une difficulté supplémentaire puisque les professionnels doivent d'abord présenter ces concepts avant de commencer leur intervention. Cette méconnaissance est souvent liée au fait que dans de nombreux pays d'origine, les politiques de réduction des risques n'existent pas ou se limitent à des projets et des interventions ponctuelles mis en œuvre par des organisations de la société civile.
3. **Méfiance à l'égard des services :** il apparaît que les réfugiés et les migrants manifestent davantage de réticences à l'égard des professionnels des services publics, même s'il s'agit de professionnels de santé ou de travailleurs sociaux. Il s'avère également qu'ils ont plus de difficultés à révéler leur addiction. Les professionnels indiquent que, bien souvent, les réfugiés et les migrants cachent pendant longtemps leur addiction craignant que le fait de la révéler n'entraîne des conséquences, notamment juridiques, qui pourraient avoir une incidence sur leur demande d'asile ou leur statut juridique/de séjour.
4. **Difficultés liées à la législation du pays :** La législation varie d'un pays à l'autre, mettant les professionnels face à diverses situations et difficultés. Les services de réduction des risques proposés et autorisés sont nombreux et variés, tout autant que les critères pour en bénéficier et les obstacles qui peuvent se poser en la matière.

5.3. Recommandations à l'intention des professionnels

Les professionnels sont appelés à surmonter de manière quotidienne les obstacles évoqués plus haut pour offrir des services de qualité et doivent pour ce faire déployer des efforts supplémentaires pour aller à la rencontre du groupe cible et établir une relation de confiance. On considère que les interventions de réduction des risques assurent le relais des services sociaux, juridiques ou de santé et pourraient donc faciliter l'instauration d'une relation de confiance.

- ▶ Il est essentiel de renforcer les aptitudes à la communication et les compétences interculturelles. Respect, compréhension et grande sensibilité doivent être à la base de la démarche.
 - Les services devraient être faciles d'accès et donc fournis à proximité des principaux lieux de consommation ou de là où sont les besoins. Les équipes pluridisciplinaires devraient comprendre des pairs-intervenants issus du même milieu culturel que le groupe cible ainsi que des médiateurs culturels, pour fournir des informations sur tous les programmes de prise en charge et les services sociaux et juridiques disponibles.
 - Des interventions à bas seuil pour les substances licites et illicites devraient être proposées, telles que des espaces de consommation supervisée, des centres d'accueil, des formations à la prévention des surdoses et à l'utilisation des antagonistes des opioïdes, tels que la naloxone⁸⁶, des programmes de distribution ou d'échange de seringues, y compris la mise à disposition de matériel propre pour les drogues qui s'injectent et qui se fument, la distribution de préservatifs et les interventions de réduction des risques liés à la consommation d'alcool.
 - Un accès facilité aux tests rapides de dépistage du VIH, de l'hépatite B et C.
 - La mise à disposition de supports d'information en différentes langues sur :
 - i. la législation
 - ii. les effets et les méfaits des substances psychoactives
 - iii. la consommation de drogues à moindre risque
 - iv. les MST et les pratiques sexuelles sûres
 - v. les possibilités de traitement de la consommation de substances, des troubles mentaux et des problèmes de santé physique.

86. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2019), "Take-home Naloxone", voir www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone.

5.4. Réduction des risques : recommandations à l'intention des décideurs

- ▶ Promouvoir des stratégies visant à améliorer les conditions de vie grâce à l'accès au logement, à la santé et à l'emploi. Plusieurs programmes peuvent être envisagés, à savoir : le « housing first » (« un logement d'abord ») ; l'emploi aidé ; la prise en charge tenant compte des traumatismes, etc.
 - ▶ Encourager la mise en place d'une approche intégrée comprenant des interventions sociales telles que la distribution de nourriture, de vêtements et de produits d'hygiène ainsi que des interventions psychosociales à bas seuil.
 - ▶ Associer le groupe cible à la conception et à la planification des programmes de réduction des risques et d'autres solutions à leurs besoins.
 - ▶ Promouvoir la lutte contre la stigmatisation de la consommation de substances psychoactives au sein des populations cibles et d'accueil.
- ▶ Promouvoir la coopération entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales. Promouvoir des programmes ciblés de réduction des risques pour les sous-groupes vulnérables tels que les femmes et les enfants, notamment en prévoyant la distribution et la collecte en toute sécurité du matériel de consommation ainsi que la mise à disposition de matériel stérile.
 - ▶ Promouvoir la conception de traitements par agonistes opioïdes/ avec prescription médicale d'héroïne.
 - ▶ Promouvoir la mise en œuvre de programmes de soins ciblant les conduites addictives dans les politiques nationales et les systèmes de santé nationaux.
 - ▶ Promouvoir la mise en œuvre de programmes communautaires de distribution de naloxone.

Chapitre 6

Traitement et insertion sociale

6.1. Aperçu

Le traitement des troubles liés à la consommation de substances devrait englober toutes les interventions pharmacologiques et/ou psychosociales scientifiquement fondées qui visent à améliorer la qualité de vie physique, psychologique et sociale des usagers de drogues. Les interventions de proximité ainsi que les programmes de traitement résidentiel sont à définir en fonction des besoins de la personne. L'accès au traitement devrait être gratuit et garanti à toute personne qui en a besoin.

On a eu tendance jusqu'ici à considérer l'insertion sociale comme la période suivant la fin du traitement, où la personne était amenée à mettre en pratique, au sein de la société, toutes les nouvelles connaissances et compétences acquises dans le cadre rassurant de la procédure thérapeutique. En fin de compte, l'intégration sociale au sens large désigne les moyens permettant à une personne de s'insérer et de trouver sa place au sein de la société au moyen de diverses activités dans les domaines du sport, de la culture, du travail et d'autres activités sociales.

Selon le document sur les bonnes pratiques de la gestion du rétablissement durable (« Drug dependence treatment : sustained recovery management » (2008, p. 17)) de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, la resocialisation peut être envisagée dans le contexte plus large du capital de rétablissement qui fait intervenir les aspects suivants :

1. La santé physique et mentale
2. Le soutien familial et social et les activités de loisirs
3. Un logement sûr et un environnement sain
4. Le soutien des pairs
5. L'emploi et la résolution des problèmes juridiques
6. L'intégration communautaire et le soutien culturel
7. La (re)découverte du sens et du but de la vie.

À l'heure actuelle, et dans la lignée du document précité, on considère que l'insertion sociale commence en même temps que le traitement et qu'il existe une relation dynamique et réciproque entre traitement et insertion sociale, les progrès réalisés d'un côté favorisant les progrès de l'autre.

6.2. Défis liés au traitement et à l'insertion sociale

Le traitement des troubles liés à la consommation de substances est souvent plus difficile et problématique chez les migrants et les réfugiés que dans la population générale, tant pour les personnes concernées que pour les professionnels. Certains aspects de cette question ont déjà été évoqués.

Les personnes qui consomment des drogues font l'objet de diverses formes de stigmatisation et d'exclusion sociale ; le fait qu'elles soient originaires de pays dont les caractéristiques socioculturelles diffèrent du pays d'accueil accentue ce phénomène et entraîne souvent une double stigmatisation. Il convient également de mentionner que les risques de rechute sont principalement liés à des problèmes d'intégration sociale, qui sont considérés comme des facteurs majeurs de stress. Souvent, les personnes n'ont ni la patience ni la volonté d'atteindre des objectifs très élevés en peu de temps ; pour beaucoup, il s'agit là d'un défi hors de portée et cela peut expliquer les rechutes. En outre, le chômage est l'une des situations les plus difficiles, notamment pour les réfugiés et les migrants qui sont en phase de réinsertion.

L'expérience de terrain montre que les principaux obstacles tiennent aux difficultés d'accès aux soins de santé et aux services sociaux ainsi qu'aux barrières culturelles et linguistiques. Par ailleurs, compte tenu des conditions de vie difficile et du chômage, le suivi d'un traitement peut ne pas être considéré comme une priorité. En outre, le statut juridique est souvent un obstacle qui limite l'accès au traitement des addictions, en particulier au traitement par agonistes opioïdes (TAO). On a également observé un retard dans l'accès aux programmes de prise en charge psychosociale. Les thérapies de renforcement de la motivation sont donc d'autant plus nécessaires pour les réfugiés et les migrants.

De la même manière, les professionnels qui interviennent auprès de personnes vivant dans des hébergements temporaires ou des centres d'accueil et nécessitant un traitement de leur consommation de substances ou d'autres addictions sont confrontés à des difficultés supplémentaires. Certaines sont liées au caractère temporaire du séjour ou au fait que les réfugiés et les migrants ont tendance à penser qu'ils

sont toujours en transit, même s'ils séjournent dans le pays d'accueil depuis un moment. Il arrive donc qu'ils refusent de consacrer du temps à un traitement dans le pays d'accueil. La localisation des centres d'accueil est un paramètre important : ces structures étant généralement éloignées des zones urbaines et des établissements de soins et de traitement, la population se sent marginalisée et se montre méfiante à l'égard des professionnels ; autant d'obstacles qui nuisent à l'instauration d'une relation thérapeutique. Cet isolement social peut constituer un facteur de protection contre la consommation de substances du fait de l'accès limité au marché des drogues illicites, mais peut aussi contribuer, comme cela a été observé, à une prévalence accrue de la consommation problématique d'alcool et de médicaments soumis à prescription.

Plusieurs facteurs sont susceptibles de compliquer la prise en charge thérapeutique et d'en compromettre l'efficacité : la prévalence accrue de troubles mentaux concomitants, notamment le TSPT, l'anxiété et la dépression – qu'ils soient liés à l'expérience d'un conflit ou d'une guerre dans le pays d'origine ou à la violence subie au cours du parcours migratoire, et bien souvent dans les camps ou les structures d'accueil ; des conditions de vie précaires ; et une procédure administrative qui traîne en longueur, source d'incertitude et d'exclusion sociale.

6.3. Recommandations à l'intention des professionnels

Toutes les interventions devraient tenir compte des traumatismes subis par les personnes, de manière à favoriser l'investissement des patients et leur adhésion au traitement et à améliorer leur état de santé ainsi que le bien-être des intervenants et du personnel⁸⁷.

Des principes éthiques s'appliquent aux professionnels qui administrent le traitement, notamment le respect de la vie privée, de la dignité et de la valeur de chaque personne, indépendamment de sa nationalité, de sa religion, de sa race ou de toute autre caractéristique et quels que soient sa situation actuelle et son statut juridique.

Les professionnels devraient s'efforcer d'accompagner chaque personne en établissant un programme thérapeutique personnalisé, en fonction de ses besoins spécifiques et de son projet de vie et en tenant compte des contraintes de temps (centres d'accueil à court ou à long terme, réinstallation, etc.).

La communication au sein de l'équipe et entre les équipes devrait être systématique et régulière afin de favoriser l'adoption d'une approche commune et de réduire le risque de dissensions au sein du personnel.

En fonction des besoins, il est recommandé d'apporter un soutien individualisé, tel que des services linguistiques et de médiation, des services de transport et d'accompagnement vers les différents établissements (sociaux, juridiques et de santé) ainsi qu'une aide répondant aux besoins sociaux de base telle que la mise à disposition d'un hébergement et la fourniture de denrées alimentaires.

Il est également recommandé de recourir au soutien de pairs et de s'appuyer sur leur expérience.

6.4. Recommandations à l'intention des décideurs

La collaboration entre les différentes parties prenantes est essentielle lors de la conception des services. Il importe de favoriser la participation des personnes bénéficiaires des services en mettant en œuvre une série d'actions dans différents domaines (justice, santé, logement, médiation avec d'autres professionnels, etc.) afin de réduire les obstacles et de renforcer la motivation et la capacité des personnes à suivre un traitement.

Des services devraient être disponibles pour répondre aux besoins des personnes vivant au sein de la collectivité et de celles séjournant dans des hébergements temporaires.

Il est vivement recommandé que les équipes de santé intervenant dans les centres d'accueil et d'hébergement soient pluridisciplinaires et interdisciplinaires et comprennent des professionnels formés aux problèmes de santé mentale et d'addictions, notamment des psychiatres, des psychologues, des conseillers et des infirmiers.

Des mesures devraient être prises pour assurer la sécurité du personnel, lui apporter un soutien et favoriser le travail en équipe (éviter le travail en autarcie). À cet égard, la supervision en groupe est recommandée pour promouvoir la compréhension et le soutien mutuels et réduire le risque d'épuisement professionnel.

Il est essentiel d'assurer une formation initiale et continue sur les principes directeurs et les règles éthiques pour veiller au respect des normes sur lesquelles repose le traitement.

Les interventions devraient être conçues de telle manière à faire le lien avec les établissements thérapeutiques et à en faciliter l'accès.

87. Trauma Informed Care – Implementation Resource Center, voir www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/.

Chapitre 7

Application de la loi

7.1. Aperçu

La notion générique d'« organismes chargés de l'application de la loi » recouvre des réalités différentes selon les pays, car les services qu'elle désigne dépendent du système organisationnel de chaque État. L'application de la loi est la prérogative de certains membres des pouvoirs publics qui agissent de manière organisée pour faire respecter la loi en identifiant, dissuadant, réhabilitant ou sanctionnant les personnes qui enfreignent les règles et les normes régissant la société. L'expression « application de la loi » fait généralement référence à la police, aux gardes-frontières, aux services douaniers et aux services de l'immigration. Le rôle et la mission de ces organismes sont en outre déterminés par la législation nationale de chaque État.

En principe, les services répressifs ont notamment pour rôle et pour mission de prévenir la criminalité, de mettre au jour des infractions, d'enquêter sur celles-ci, de protéger les citoyens et de coopérer avec d'autres organisations ainsi qu'avec les communautés et les individus. Ils ont par conséquent un rôle essentiel à jouer pour gérer et résoudre la situation des groupes vulnérables tels que les réfugiés et les migrants en Europe et ailleurs, aux frontières et à l'intérieur de celles-ci.

L'une des tâches des services répressifs est de prévenir et de détecter la criminalité liée au trafic de drogues et de mener les procédures pénales nécessaires. C'est pourquoi ils disposent de données, d'éléments de preuve et d'informations en la matière, qu'elles partagent avec leurs partenaires. L'échange d'informations est considéré comme une bonne pratique augmentant les chances qu'une collaboration porte tous ses fruits. L'évolution du marché des drogues reflète celle du trafic qu'il implique; elle a donc également un impact sur la consommation individuelle: ce que l'on peut se procurer, comment et où. Le type et la quantité de drogues détectées et saisies en Europe ou dans un pays donné peuvent avoir une incidence sur les habitudes de consommation des migrants et des réfugiés: quelles sont les drogues populaires, bon marché et/ou disponibles?

D'autres infractions peuvent venir se greffer au trafic de drogues (comme la traite et le trafic illicite des êtres humains) et des migrants et des réfugiés peuvent s'y retrouver mêlés, parfois contre leur gré. Les informations fournies par les services répressifs sont donc essentielles pour permettre aux services sociaux et de santé de mieux évaluer les besoins en matière de traitement et de réadaptation et d'y répondre.

La production de drogues cause de graves dommages environnementaux dans l'UE. La fabrication de drogues de synthèse génère des quantités importantes de déchets dangereux. L'ajout d'étapes supplémentaires à la transformation des préprécurseurs en précurseurs a entraîné la multiplication des sites de déversement de déchets qui nécessitent un processus de nettoyage long et coûteux. La culture du cannabis en extérieur nuit à la faune et à la flore⁸⁸.

7.2. Tendances et caractéristiques du marché des drogues en Europe

Le marché des drogues est particulièrement dynamique à l'heure actuelle en Europe⁸⁹. Nous assistons, depuis quelques années, à l'apparition de nouvelles substances de plus en plus dangereuses ainsi qu'à une prévalence accrue de différents types de substances dans certaines régions. Au rang des nouveaux défis, largement liés à la mondialisation et aux nouvelles technologies, figurent la vente de drogues en ligne et leur expédition par courrier postal. Il s'agit là d'un bon exemple de la rapidité avec laquelle les changements opèrent dans ce domaine, mettant à rude épreuve les capacités de surveillance des services répressifs. La proportion des ventes en ligne par rapport à l'ensemble du marché des drogues illicites est relativement faible, mais montre une tendance à la hausse. Selon les experts, le contexte créé par la pandémie de covid-19 (ou par toute autre situation similaire susceptible de se produire à l'avenir), laisse présager une expansion du marché en ligne.

Le marché des drogues représente une source majeure de revenus pour les groupes criminels organisés. Le marché européen des drogues était estimé à une valeur minimale de 30 milliards d'euros en 2017. 39 % de ce montant total étaient consacrés à l'achat de cannabis, 31 % à la cocaïne, 25 % à l'héroïne, et 5 % aux amphétamines et à la MDMA. Le trafic de drogues peut aussi être lié à d'autres activités criminelles qui ont un impact sur la vie des réfugiés et des migrants. Ces activités ont une incidence sur l'économie, la société et le système de santé⁹⁰.

88. European Union Serious and Organised Crime Threat Assessment – EU SOCTA 2021, available at www.europol.europa.eu/publications-events/main-reports/socta-report.

89. Ce chapitre s'appuie sur le rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019).

90. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019), chapitre 1.

La pandémie de covid-19 a bouleversé le paysage de la criminalité grave et organisée dans l'UE. Les criminels ont été prompts à adapter les produits illicites, leurs modes opératoires et leurs discours afin d'exploiter la peur et l'anxiété des Européens et de profiter de la pénurie de certains biens vitaux pendant la pandémie. Certaines activités criminelles reviendront ou sont revenues à leur niveau pré-pandémique, en revanche d'autres évolueront profondément sous l'effet de la pandémie⁹¹.

Du fait de la mondialisation des marchés commerciaux, les marchandises doivent être transportées par-delà les frontières aussi rapidement et simplement que possible au moyen de cargaisons et de conteneurs de gros gabarit. Les drogues achetées en ligne peuvent être expédiées dans toute l'Europe et livrées aux consommateurs via les services de courrier et de livraison de colis. Les groupes criminels organisés exploitent de plus en plus ces services dans le cadre de leurs activités de trafic de drogues. Le « darknet » joue par ailleurs un rôle de plus en plus important sur le marché traditionnel des drogues. Les réseaux sociaux, le web de surface et les applications de téléphonie mobile telles que Telegram et Flickr peuvent également jouer un rôle essentiel dans la vente de nouvelles substances psychoactives et, partant, dans l'abus de drogues. Ces nouvelles tendances et modes opératoires sont autant de nouveaux défis pour les services répressifs.

Plus de 80 % des réseaux criminels signalés sont impliqués dans le trafic de drogues, les infractions contre les biens, la fraude aux droits d'accises, la traite des êtres humains, divers types de fraude, notamment en ligne, ou le trafic de migrants. Près de la moitié d'entre eux se livrent au trafic de drogues (38%) (d'après les chiffres 2021 de la SOCTA). Le commerce de drogues illicites continue de dominer la criminalité grave et organisée dans l'UE, au regard du nombre de criminels et de réseaux criminels impliqués ainsi que du volume des profits liés à la criminalité générés dans le cadre de la production, du trafic et de la distribution de drogues illicites. La violence associée à la criminalité grave et organisée est en grande partie liée au commerce de la drogue. La violence liée au trafic de drogues est en forte hausse ces dernières années. Le trafic de cocaïne et de cannabis en particulier est à l'origine d'un nombre important d'incidents violents, notamment de meurtres, de fusillades, d'attentats à l'explosif, d'incendies criminels, d'enlèvements, d'actes de torture et d'intimidation⁹².

91. Rapport SOCTA (Serious and Organised Crime Threat Assessment) 2021 de l'Union européenne, disponible à l'adresse: www.europol.europa.eu/publications-events/main-reports/socta-report.

92. Rapport SOCTA (Serious and Organised Crime Threat Assessment) 2021 de l'Union européenne, disponible à l'adresse www.europol.europa.eu/publications-events/main-reports/socta-report.

Le marché des drogues illicites a des répercussions directes et indirectes sur la société qui vont bien au-delà des dommages causés par la consommation de drogues elles-mêmes. Outre le préjudice économique, les pertes en vies humaines et les autres problèmes de santé publique dus à cette dernière, il importe de reconnaître les conséquences plus larges du marché des drogues, du fait de ses liens avec des activités criminelles plus vastes et avec le terrorisme, de la perturbation de l'économie légale qu'il entraîne, de la violence qu'il occasionne au sein des communautés et des dégâts qu'il cause à l'environnement, sans compter le fait qu'il alimente la corruption et nuit à la bonne gouvernance, qui est un problème qui se pose avec de plus en plus d'acuité.

Le trafic de drogue peut avoir des liens, semble-t-il plutôt limités, avec la traite des êtres humains et le trafic de migrants dès lors que ce sont les mêmes organisations criminelles qui se livrent à ces activités. Plus important encore, la traite et l'exploitation des êtres humains peuvent également être liées à la consommation ou au trafic de drogues lorsque des personnes sont incitées ou forcées à prendre part au trafic de drogues en jouant les petites mains (par exemple, en travaillant dans des exploitations de cannabis ou en transportant des drogues) ou lorsque les drogues sont utilisées aux fins de l'exploitation sexuelle. Ces formes de coercition et d'exploitation ne sont pas toujours nécessairement reconnues.

Les migrants clandestins sont donc vulnérables à différentes formes de coercition et d'exploitation, potentiellement parce qu'ils se trouvent en situation de faiblesse dans le pays de destination ou qu'ils se sont endettés auprès des passeurs. Les migrants qui font l'objet d'un trafic illicite deviennent souvent victimes de la traite et d'autres formes d'exploitation et, en pareil cas, le trafic de drogues entre souvent en jeu, notamment lorsque les personnes sont forcées à faire passer des drogues illicites au cours de leur voyage vers leur destination finale (Ventrella, 2017).

Le marché européen des drogues est en constante et rapide évolution et a notamment vu l'apparition d'un nombre important de nouvelles substances psychoactives ces dix dernières années. Les substances illicites sont soit issues d'une production domestique, soit importées clandestinement en Europe depuis d'autres régions du monde. L'Amérique du Sud, l'Asie occidentale et l'Afrique du Nord sont des régions productrices majeures de drogues qui entrent en Europe tandis que la Chine est un important producteur de nouvelles substances psychoactives et de précurseurs. En outre, certaines drogues et certains précurseurs sont acheminés vers d'autres continents en transitant par l'Europe⁹³. Des informations plus détaillées sur les caractéristiques

93. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019), Impacts and drivers of drug markets, page 13.

des différentes substances disponibles en Europe et sur leur itinéraire d'acheminement figurent à l'annexe III.

Les services répressifs sont également chargés de la prévention de la criminalité et de la consommation de drogues. Dans ce domaine également, ils devraient donc travailler en collaboration avec les organisations non gouvernementales, la société civile, les citoyens, les travailleurs sociaux, les soignants et d'autres organismes et acteurs publics. C'est la raison pour laquelle nous tenons à consacrer une partie de ce manuel à cet aspect.

7.3. Coopération en matière de prévention de la criminalité liée à la drogue

La prévention de la criminalité a pour objectif de réduire la criminalité et donc de renforcer le sentiment subjectif de sécurité des citoyens en évitant qu'ils ne deviennent des criminels ou des victimes et en réduisant le taux de criminalité.

La lutte contre la criminalité liée à la drogue n'est pas seulement l'affaire des services répressifs, mais de toute la société. Il importe de maintenir l'unité de la famille et de la communauté et de favoriser la cohésion de la société. Cela est d'autant plus nécessaire dans les milieux où les enfants et les jeunes sont exposés à un risque accru, tels que l'école, les établissements culturels publics, les lieux de divertissement ou même la rue. Pour être efficaces, les programmes à destination des enfants et des jeunes doivent tenir compte de l'environnement dans lequel évoluent les groupes cibles, à savoir la famille, l'école et les parents.

Les acteurs de la prévention de la criminalité

- ▶ Les organismes publics
- ▶ Les ONG
- ▶ Les associations, les communautés
- ▶ Les individus
- ▶ Les entreprises
- ▶ Les collectivités locales
- ▶ La société civile.

L'objectif de la prévention de la criminalité

- ▶ Réduire le taux de criminalité
- ▶ Améliorer le sentiment de sécurité des individus.

Les axes de la prévention de la criminalité :

- ▶ prévenir la délinquance
- ▶ prévenir la victimisation
- ▶ limiter les occasions de commettre une infraction.

Mesures de prévention de la criminalité :

- ▶ réduire le risque de devenir un délinquant ou une victime – éducation, sensibilisation
- ▶ limiter les occasions de commettre une infraction – suivi, contrôle, environnement sûr, soutien social, prise en charge médicale.

Les formes de prévention de la criminalité :

- ▶ programmes à long terme
- ▶ projets à court terme
- ▶ événements.

La prévention des drogues chez les migrants, les demandeurs d'asile et les sans-abri

Les acteurs de la prévention des drogues :

- ▶ ONG, professionnels de terrain
- ▶ Entreprises du secteur de la santé
- ▶ Associations de groupes cibles, communautés
- ▶ individus
- ▶ employeurs, acteurs économiques locaux (bars, sociétés de transport, commerçants)
- ▶ services répressifs
- ▶ collectivités locales.

L'objectif de la prévention des drogues est de réduire le taux de criminalité et de renforcer le sentiment de sécurité des individus. Tous les acteurs doivent coopérer pour mener à bien cette mission.

Les axes de la prévention des drogues et les actions en la matière :

- ▶ prévenir la délinquance :
 - au moyen d'actions d'éducation, de campagnes de sensibilisation, d'un soutien social, de la création d'emplois, d'une prise en charge médicale
- ▶ prévenir la victimisation :
 - au moyen d'actions d'éducation, de campagnes de sensibilisation, d'un soutien social, de la création d'emplois, d'une prise en charge médicale
- ▶ limiter les occasions de commettre une infraction :
 - en renforçant les activités de coopération des services répressifs au niveau national et international
 - en créant un environnement de vie sûr en coopération avec les communautés.

Les formes de la prévention de la criminalité⁹⁴ :

- ▶ les programmes de prévention environnementale :
 - mettre en place un environnement sain et réglementé – savoir quels comportements sont autorisés ;
 - les approches physiques – concevoir des villes, des espaces, des bars, des commerces sûrs, en concertation avec les habitants, les propriétaires, les communautés ;
 - les approches économiques – instaurer des taxes, des prix appropriés pour l'alcool, le tabac ;

94. Programme européen de formation en matière de prévention – Observatoire européen des drogues et des toxicomanies 2019.

- ▶ les programmes de prévention en milieu scolaire et en milieu professionnel : identifier le problème au niveau micro ainsi que les acteurs ; organiser des projets et des activités à long et court terme pour sensibiliser les acteurs (élèves, employés, spécialistes des ressources humaines, enseignants, autres professionnels) ;
- ▶ les programmes de prévention médiatique : campagnes à court ou long terme s'adressant directement aux publics cibles et impliquant des dépenses relativement peu élevées, faisant appel à toutes les formes de médias (en ligne, hors ligne, télévision, radio, internet) ;
- ▶ **les programmes de prévention en milieu familial** : apprendre aux parents, aux enfants et aux autres membres de la famille à développer leurs relations, à identifier leurs besoins, à parler de leurs émotions et à les exprimer, à se responsabiliser et à gérer les situations difficiles ;
- ▶ **les programmes de prévention en milieu communautaire** : organiser, au niveau macro ou micro, différents programmes, activités, projets à l'intention de la communauté à laquelle les individus appartiennent – famille au sens large, communauté religieuse, jeunesse locale, quartier, hébergements temporaires – pour leur apprendre à vivre ensemble ; à reconnaître les besoins et les émotions de chacun ; identifier les personnes jouant un rôle clé dans le soutien aux personnes concernées ; créer une communauté pour s'entraider.

Les programmes de prévention des drogues en milieu familial et communautaire sont considérés comme ceux donnant les meilleurs résultats chez les migrants, les demandeurs d'asile et les sans-abri. Le micro-environnement comme le macro-environnement peut exercer une influence sur ces personnes. Du fait des barrières linguistiques auxquelles la plupart d'entre elles se heurtent à l'école, sur leur lieu de travail et dans les pays de destination, elles ne comprennent pas les campagnes médiatiques, ne regardent pas la télévision locale et n'écoutent pas la radio. Lorsqu'elles ont la possibilité d'aller à l'école ou de travailler, elles éprouvent des difficultés à comprendre les autres. Leur famille et leur communauté parlent leur langue, ont les mêmes habitudes et suivent les mêmes règles qu'elles. Les programmes de prévention des drogues doivent être axés sur la famille et la communauté. La situation personnelle particulière des réfugiés et des migrants (barrières linguistiques et culturelles) et les risques sanitaires associés à la consommation de drogues en font un groupe particulièrement vulnérable.

7.4. Recommandations à l'intention des professionnels des services répressifs

Compte tenu de ce qui précède, et outre les connaissances élémentaires relatives aux drogues et à leur consommation, il est impératif de reconnaître la situation unique des migrants, réfugiés et sans-abri qui sont consommateurs ou revendeurs de drogues. Il importe de comprendre les conditions de vie des demandeurs d'asile, leur situation financière et les modes de consommation qui y sont associés. Les professionnels des services répressifs doivent également connaître les modes de consommation de drogues dans le pays d'origine des migrants et des réfugiés consommateurs de drogues, l'existence de réseaux cachés, les menaces dont ils sont l'objet et la structure des communautés multiculturelles.

Les agents des services répressifs doivent coopérer avec les services sociaux et les services de santé lorsqu'un réfugié ou un migrant est impliqué (en tant que victime, témoin ou auteur), dans une procédure pénale. Le maintien d'un contact permanent entre les professionnels de ces domaines permet à la personne d'être en mesure de témoigner, ce pour quoi elle doit être physiquement et mentalement apte. Il s'agit là d'une difficulté particulière pour les agents des services répressifs, qui vient s'ajouter aux barrières culturelles et linguistiques. À la lumière de ces considérations, les modules de formation à l'intention des professionnels des services répressifs doivent être complétés pour couvrir ces aspects.

Pour assurer une coopération fructueuse, il est proposé d'organiser une formation conjointe associant les services répressifs, les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé, qui sera l'occasion d'évoquer les attentes de chacun, les procédures professionnelles et les solutions envisageables.

L'un des problèmes majeurs qui se posent dans beaucoup de pays européens est l'insuffisance des budgets alloués aux ministères de la Justice – dont relèvent les services judiciaires et les services répressifs – considérés ces trente dernières années comme n'étant pas une priorité. Ces services se retrouvent donc sous-dotés en ressources financières et humaines. Les agents des services répressifs souhaitent bénéficier des formations évoquées plus haut pour les mettre en œuvre dans leur pays, mais cela nécessiterait d'abord le recrutement d'effectifs supplémentaires. En outre, chaque agent devrait faire l'objet d'une formation spécialisée en fonction de son affectation sur le terrain, mettant l'accent sur le respect des libertés et des droits fondamentaux. Or, il est fréquent que les services répressifs ne soient pas suffisamment formés

en la matière, faute de budget et d'effectifs suffisants, ce qui les oblige à assumer trop de tâches différentes, ne leur laissant pas le temps d'assurer une prise en charge individualisée le cas échéant. Il est donc essentiel de sensibiliser les responsables politiques à ces questions, car elles sont à la base des décisions sur les priorités et les budgets.

Conseils aux agents des services répressifs

- ▶ Les agents des services répressifs devraient travailler en coopération avec les services sociaux et de santé, les médiateurs culturels, les interprètes, les communautés locales et les ONG pour améliorer la situation des réfugiés et des migrants dans le pays d'accueil.
- ▶ Il convient d'établir clairement la complexité de la situation et la vulnérabilité des migrants ou des réfugiés (consommation de drogues, coercition, exploitation) impliqués dans des procédures pénales en tant que témoin, victime ou auteur.
- ▶ Tous les professionnels – et en particulier les agents des services répressifs – devraient reconnaître que l'exploitation et la coercition subies par les migrants et les réfugiés peuvent favoriser un comportement délinquant (notamment le trafic et la contrebande de drogues) et la consommation – ou la poursuite de la consommation – de substances.
- ▶ Outre les dommages sanitaires associés à la consommation de substances, les professionnels des services répressifs doivent tenir compte du fait que les migrants et les réfugiés ne maîtrisent ni la langue ni les codes culturels du pays d'accueil ou de destination et peuvent même compromettre le succès de la procédure. Au vu de ces considérations, les professionnels des services répressifs devraient bénéficier d'une formation appropriée et s'employer à renforcer leurs compétences interculturelles.

7.5. Recommandations à l'intention des décideurs

Ces considérations démontrent la nécessité de prioriser et de doter de fonds suffisants les activités de réduction de l'offre, qu'il s'agisse des interventions et des enquêtes menées par les services répressifs ou des activités visant à renforcer la coopération internationale aux niveaux national, régional et européen. Il convient par ailleurs de promouvoir la coopération dans le domaine de la réduction de la demande pour permettre aux professionnels des services sociaux et de santé de définir le traitement, la prise en charge et l'accompagnement nécessaires sur la base des informations essentielles communiquées par les services répressifs. Les agents des services répressifs doivent en outre être informés des détails du traitement et de ses répercussions sur la personne concernée, car ces aspects conditionnent eux aussi le succès de la procédure pénale.

Principes directeurs sur la prévention, la réduction des risques et le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et d'autres addictions chez les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées

Aperçu

1. S'il importe de prêter attention à l'exposition à la violence et aux facteurs de détresse intervenant lors de la phase pré-migratoire, il est également essentiel de concevoir des politiques de prévention qui tiennent compte des facteurs de stress permanents liés à l'expérience même du déplacement. Les systèmes d'accueil doivent dès lors s'efforcer de renforcer les facteurs de protection et de simplifier l'accès des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées aux procédures juridiques afin d'atténuer leur stress chronique.
2. Les différences culturelles étant à l'origine de bon nombre des difficultés rencontrées dans la prise en charge des réfugiés qui consomment des substances, il est fondamental que les professionnels concernés soient dotés d'aptitudes à la communication et de compétences interculturelles. Il est recommandé de former des équipes pluridisciplinaires, d'encourager des interventions à bas seuil pour les substances licites et illicites et de mettre à disposition des supports d'information en différentes langues.
3. Toute intervention devrait tenir compte des traumatismes subis par les personnes de manière à favoriser leur investissement, leur adhésion au traitement et à améliorer leur état de santé. En outre, les structures d'accueil et les centres d'hébergement devraient idéalement être dotés d'équipes médicales interdisciplinaires, comprenant un médecin et un psychiatre, un psychologue clinicien, un conseiller en matière de drogues, des infirmiers psychiatriques et d'autres intervenants psychosociaux. Le personnel devrait également avoir suivi une formation sur les principes directeurs et les normes déontologiques.

4. Il est essentiel qu'à tous les stades du processus, du dépistage jusqu'au traitement et à la réadaptation, la priorité soit donnée à l'intégration des membres des groupes vulnérables dans les communautés locales, en portant une attention particulière à l'intégration des femmes et des enfants qui constituent souvent le groupe le plus vulnérable.
5. Il importe que les décisions soient prises en concertation avec les membres de la population cible. En pesant sur les décisions qui les concernent, ils se sentiront plus à l'aise dans leur environnement et plus responsables de leurs actes, ce qui favorisera leur processus de rétablissement des troubles liés à la consommation de substances.

I. Dépistage

Le dépistage est un outil qui peut s'avérer efficace pour éviter la propagation de maladies hautement contagieuses et pour identifier les personnes vulnérables qui sont davantage exposées au risque de développer des troubles liés à la consommation de substance. Susceptible de varier selon le lieu où il est pratiqué, en fonction des besoins et des moyens disponibles, le processus de dépistage devrait cependant toujours être effectué par des professionnels qualifiés et dans la perspective d'aider les personnes identifiées comme porteuses de certaines pathologies préexistantes. Les grands principes exposés dans le présent document sont repris ci-après :

1. Un premier examen médical ou contrôle sanitaire devrait être effectué à l'arrivée, aux motifs de l'évaluation des besoins généraux en matière de santé et de la protection de la santé publique.
2. Si sa nature peut varier, cet examen devrait toutefois au moins comporter une identification des problèmes subjectifs et des constats objectifs.

3. Le dépistage devrait, dans la mesure du possible, être effectué par des professionnels qualifiés, spécialisés en infectiologie ou en médecine du voyage, en pneumologie et en addictologie. S'il y a lieu, un dépistage peut également être pratiqué par différents professionnels, à condition que ces derniers coopèrent entre eux et possèdent chacun au minimum des connaissances élémentaires sur les questions migratoires, les vulnérabilités et les addictions.
4. La faisabilité du dépistage peut dépendre de plusieurs paramètres, aussi au moment de décider de procéder à un dépistage lors de la phase d'accueil, est-il essentiel d'examiner les capacités existantes permettant de pratiquer un examen médical et, s'il y a lieu, de mettre en place des interventions sur mesure.
5. Le dépistage peut s'avérer essentiel pour réduire la probabilité de nouveaux cas d'addiction ; il importe donc de disposer de solides systèmes d'orientation et de réseaux de professionnels pour apporter le soutien nécessaire aux personnes qui en ont besoin dans le cadre du dépistage.

II. Prévention

Les politiques de prévention à destination des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées ont pour objectif de limiter l'apparition de troubles liés à la consommation de substances et de drogues et le développement de conduites addictives chez les populations cibles avant même qu'ils ne se manifestent.

Bien qu'il n'existe pas de stratégie de prévention universelle, des principes directeurs mettent en évidence certains des facteurs les plus importants qui permettront à tous ceux qui cherchent à mettre en œuvre des politiques en la matière à avoir une vision claire des grands principes dont celles-ci devraient s'inspirer.

La prévention se fonde sur l'idée que si les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées ne présentent pas une prévalence plus élevée de troubles liés à la consommation de substances, les personnes ayant vécu l'expérience de la migration forcée sont toutefois plus susceptibles de développer de tels troubles, en raison d'expériences traumatiques, de troubles psychiatriques concomitants, de difficultés d'acculturation et d'inégalités sociales et économiques. En mettant l'accent sur les politiques de prévention, l'objectif est de traiter ces traumatismes et ces problèmes de santé mentale afin d'enrayer le problème de la consommation de substances à la racine. Les principes directeurs mettent l'accent sur les moyens de mettre en œuvre les politiques de prévention de manière efficace tout en portant une attention particulière aux groupes les plus vulnérables de la population cible, en particulier les femmes et les enfants.

Les professionnels qui mènent des actions de prévention auprès des groupes cibles devraient garder à l'esprit les aspects suivants :

1. S'il importe de prêter attention à l'exposition à la violence et aux facteurs de détresse qui interviennent avant la migration, il est également essentiel d'élaborer des politiques de prévention qui tiennent compte des facteurs de stress permanents liés à l'expérience même du déplacement. Les systèmes d'accueil doivent dès lors s'efforcer de renforcer les facteurs de protection et de simplifier l'accès des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées aux procédures juridiques afin d'atténuer leur stress chronique.
2. Les politiques de prévention devraient œuvrer en priorité à l'intégration des membres de ces groupes vulnérables dans les communautés locales, que ce soit en assurant la scolarisation des enfants dans les écoles locales, en mettant à disposition un logement au sein de la collectivité ou en garantissant l'accès à d'autres services publics – dans le domaine social, de la santé et de l'éducation – afin que ces personnes puissent interagir avec la société locale, idéalement en réduisant la stigmatisation sociale dont elles sont l'objet et en les aidant à se sentir plus à l'aise et à prendre leurs repères dans leur nouvel environnement.
3. Il importe également de mettre en place des politiques de prévention communautaires qui mobilisent les membres de la communauté elle-même de manière à en faire des acteurs du changement ; la participation aux consultations, à la prise de décision et au changement peut en effet favoriser des comportements de santé positifs. Pour ce faire, il convient d'associer l'ensemble des acteurs clés – des organismes publics aux chefs religieux – et d'offrir un espace permettant le partage des responsabilités et la participation active à la conception d'initiatives communautaires.
4. Il est par ailleurs essentiel de promouvoir des stratégies de prévention au sein de la famille, car celle-ci peut être un puissant facteur de protection dans la vie des enfants et des jeunes. Il convient par exemple d'encourager l'instauration d'une communication ouverte au sein de la famille, de promouvoir le dialogue et l'investissement des parents afin de favoriser le bien-être émotionnel des enfants.
5. Ces politiques doivent porter une attention particulière aux femmes et aux enfants qui sont souvent les groupes les plus vulnérables. S'agissant des femmes, il importe d'apporter l'aide nécessaire aux victimes potentielles de violence fondée sur le genre, en les mettant en contact avec les

services appropriés, tout en continuant à assurer leur protection. Il est en outre essentiel de garantir l'accès des femmes et des enfants à des conditions de vie sûres et humaines et de mettre en œuvre des projets de prévention adaptés à chacun de ces deux groupes.

III. Réduction des risques

L'approche de réduction des risques est une alternative aux approches morale et répressive qui axaient traditionnellement leur réponse au problème de l'abus de substances, et leurs interventions en la matière, sur le modèle de l'abstinence. Elle vise à réduire les risques et les dommages liés à la consommation de substances addictives et appréhende les troubles qui y sont associés comme des maladies cérébrales chroniques et récidivantes que l'on peut prévenir, traiter et guérir. La réduction des risques se veut une approche pragmatique et humaniste et n'impose aucune obligation d'abstinence. Cela ne signifie pas pour autant que les personnes qui souhaitent parvenir à l'abstinence n'y seront pas autorisées, mais plutôt que l'abstinence n'est pas le seul objectif que cette approche se propose d'atteindre à court terme.

Les professionnels qui mènent des interventions de prévention des risques auprès des groupes cibles devraient tenir compte des aspects suivants :

1. La réduction des risques repose sur les grands principes suivants:
 - a. Les conduites à risque sont une construction sociale;
 - b. Les conduites à risque ne sont pas près de disparaître;
 - c. Les conduites à risque peuvent être une marque d'adaptation aussi bien que d'inadaptation;
 - d. la réduction des risques ne cherche pas à pathologiser les conduites à risque;
 - e. il existe tout un spectre de risques et de stratégies de réduction des risques;
 - f. Le comportement individuel s'inscrit dans un contexte social;
 - g. La réduction des risques est fondamentalement pragmatique et n'est pas un modèle théorique;
 - h. La réduction des risques est une démarche éthique.
2. Les professionnels qui appliquent cette approche aux populations migrantes et réfugiées ont dit rencontrer certaines difficultés. Celles-ci sont pour beaucoup liées aux différences culturelles, notamment la barrière de la langue et au fait qu'ils ont du mal à appréhender les caractéristiques personnelles des réfugiés; ils relèvent également une méfiance générale à l'égard des services, qui fait qu'il est parfois difficile de venir en aide à ces populations.

3. Pour pallier ces difficultés, il est fondamental que les professionnels possèdent des aptitudes en matière de communication et des compétences interculturelles. Il est recommandé de former des équipes pluridisciplinaires, d'encourager des interventions à bas seuil pour les substances licites et illicites et de mettre à disposition des supports d'information en différentes langues.

4. S'agissant des instruments d'action, les programmes de réduction des risques devraient s'attacher à mettre en place des points de service dans la communauté et favoriser une mise en œuvre intégrée des interventions qui tienne compte de l'avis de la population cible.

IV. Traitement

Le traitement de la dépendance aux drogues est plus complexe chez les réfugiés et les migrants que dans la population générale. Il y a plusieurs raisons à cela, mais parmi les plus fréquentes citons les difficultés d'accès aux soins de santé et aux services sociaux, les barrières linguistiques et culturelles et la réticence de ces populations à solliciter une aide. Il est dès lors d'autant plus important que des possibilités de traitement soient proposées aux réfugiés et aux migrants et soient spécifiquement destinées à favoriser leur rétablissement.

Les professionnels qui s'occupent de la prise en charge des groupes cibles devraient tenir compte des aspects suivants :

1. Toute intervention devrait tenir compte des traumatismes subis par la personne de manière à favoriser son investissement, son adhésion au traitement et à améliorer son état de santé. La population cible est ici particulièrement concernée en raison du nombre élevé de comorbidités qu'elle présente, notamment le trouble de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et la psychose, souvent consécutives aux difficultés rencontrées par ces populations (violence, perte de repères, mauvaises conditions de vie, etc.).
2. Les structures d'accueil et les centres d'hébergement devraient idéalement être dotés d'équipes médicales interdisciplinaires, comprenant un médecin et un psychiatre, un psychologue clinicien, un conseiller en matière de drogues, des infirmiers psychiatriques et d'autres intervenants psychosociaux. Le personnel devrait également avoir suivi une formation sur les principes directeurs et les règles éthiques.
3. Dans l'idéal, ces programmes, après avoir été mis en œuvre dans les centres d'accueil, devraient servir de « passerelle » vers une admission dans un établissement de soins et favoriser la participation des personnes aux différents programmes de réadaptation que celui-ci propose.

4. On considère que l'efficacité du traitement est optimisée s'il comporte des interventions thérapeutiques individuelles et collectives ; ainsi, les interventions interculturelles destinées à renforcer la motivation, l'offre de cours de langue ou l'instauration d'un lien thérapeutique sont par exemple essentielles.
5. Après le traitement vient la réadaptation. Elle peut être particulièrement difficile pour les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées, qui risquent de subir une double stigmatisation en raison de leurs origines. Il est par conséquent essentiel que les centres de réadaptation s'attachent à développer un sentiment d'appartenance chez ces personnes, tout en favorisant l'établissement de liens avec la communauté locale et en veillant à ce qu'elles puissent séjourner dans endroit sûr pendant leur rétablissement.

Annexes

ANNEXE I – Israël : profil du pays et gestion du dépistage

Caractéristiques du pays	Israël est considéré comme un pays de destination, la plupart des migrants n'ayant pas les moyens financiers de rejoindre le continent européen ou américain
Flux entrants	Après avoir atteint un pic d'environ 60 000 personnes en 2012-2013, ont chuté pour s'établir à 28 000 en 2021
Hébergement	Appartements ou refuges
Professionnels participant au dépistage au sein de la structure	<p>Professionnels de différentes disciplines ayant une expertise et une expérience de travail avec la population cible, et formés aux approches respectueuses de la culture</p> <p>Acteurs de terrain, experts des troubles liés à la consommation de substances, personnalités locales (par ex., chefs religieux, éducateurs parlant la langue), médiateurs culturels, traducteurs.</p>
Consommation de substances psychoactives au sein de la population cible	La consommation de substances psychoactives est fréquente chez les réfugiés et les demandeurs d'asile. L'abus d'alcool, artisanal ou vendu dans le commerce, est également courant. Lorsque ces conduites concernent des personnes en proie à la dépression ou à la frustration, elles peuvent entraîner des comportements agressifs et sont souvent associées à la violence sexuelle. Les substances les plus prisées par le groupe cible en Israël sont le khat, le cannabis et les nouvelles substances psychoactives (NSP), généralement un produit baptisé « Mr Nice Guy », qui consiste en un cocktail de cannabinoïdes et de cathinones de synthèse et de substances empathogènes, ainsi que d'autres substances toxiques ou des antidépresseurs.
Services de santé assurés	<p>Les demandeurs d'asile bénéficient de services médicaux de base, parmi lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Soins médicaux d'urgence – Suivi et surveillance des femmes enceintes et des nouveau-nés. <p>Voici quelques exemples de cliniques en Israël :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La première clinique de jour pour réfugiés et demandeurs d'asile ouverte en 1998 par l'organisation « Médecins pour les droits de l'homme » fonctionne grâce à l'intervention de médecins bénévoles et des dons de médicaments d'entreprises pharmaceutiques. Les patients y reçoivent des soins médicaux primaires et secondaires et sont orientés vers les hôpitaux ou les organisations compétentes pour améliorer leur bien-être ; – La clinique Terem exerce en coopération avec le ministère de la Santé et propose des soins médicaux aux demandeurs d'asile. <p>Ils bénéficient également de soins de santé mentale, dispensés en partie par le ministère de la Santé, mais aussi par certaines ONG qui travaillent en étroite relation avec le HCR (l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés). Parmi ces organisations, citons par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ASSAF (Organisation d'aide aux réfugiés et aux demandeurs d'asile) – organise des psychothérapies de groupe pour les personnes qui en ont besoin. – HIAS (Hebrew Immigrant Aid Society) – fondée en 1888 pour aider les juifs fuyant les pogroms en Russie, elle assure une prise en charge psychosociale des personnes atteintes de troubles mentaux et des victimes de violence fondée sur le genre. – Elifelet – cette organisation vient en aide aux enfants et aux jeunes et propose des services de garde d'enfant pour les enfants de réfugiés tout en contribuant à l'ouverture de nouvelles crèches pour les enfants de migrants, de réfugiés et de personnes déplacées.

<p>Modalités de dépistage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'agit dans un premier temps d'instaurer la confiance avec le groupe, qui a tendance à se méfier des autorités, et de rassurer les personnes quant au respect de la confidentialité. - Pour une évaluation rapide et fiable, il est essentiel de planifier toutes les étapes et de dispenser une formation standard à tous les agents concernés, afin de leur fournir des informations de base sur les normes culturelles et les caractéristiques du groupe, notamment le type de problèmes et de traumatismes qu'ils ont pu rencontrer, et les former à des techniques de base telles que : <ul style="list-style-type: none"> - la réalisation d'entretiens de santé ; - l'utilisation de bandes urinaires pour le dépistage de substances psychoactives ; - l'utilisation de questionnaires d'évaluation, et la fourniture d'informations sur les services secondaires et tertiaires existants ; - les modalités pour l'orientation et la liste des principaux professionnels disposés à coopérer. - Au cours du processus d'évaluation, il convient de mettre à disposition et de diffuser des documents pertinents à caractère informatif traduits en anglais, en arabe et en tigrinya. <p>Parmi les questionnaires les plus utilisés dans le cadre de l'évaluation et de la détection des troubles liés à la consommation de substances figurent : CAGE, AUDIT C pour les problèmes de consommation d'alcool, et ASSIST (recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, qui recommande également des interventions de courte durée). Ces questionnaires (qui doivent être traduits dans la langue maternelle) sont faciles à utiliser, relativement courts et factuels.</p>
--------------------------------------	--

ANNEXE II – République slovaque : profil du pays et gestion du dépistage

Caractéristiques du pays	Pays de transit ou de destination des demandeurs d'asile
Flux entrants	De faible ou moyenne intensité
Hébergement	Centre de rétention pour demandeurs d'asile et centre de quarantaine
Étapes de l'accueil	1. Accueil administratif – enregistrement 2. Examen médical 3. Hébergement
Professionnels participant au dépistage au sein de la structure	– Médecin (spécialisé en infectiologie et en pneumologie) – Personnel infirmier (spécialisé en addictologie) – Psychologue (employé d'une ONG)
Services de santé assurés	Demandeurs d'asile : – Soins d'urgence – Soins préconisés après évaluation individuelle (autres que les soins d'urgence) Réfugiés ou personnes bénéficiant d'autres formes de protection internationale : – Services de santé publique classiques
Examen médical et procédures de dépistage	– Antécédents – familiaux, personnels, toxicologiques, épidémiologiques et informations de vaccination – Examen physique – tuberculose, hépatite B, hépatite C – Détection des difficultés subjectives – Conclusions objectives de l'examen de médecine interne – Examens de laboratoire, sérologiques et biochimiques (AgHBs, anti-HIV1/HIV2, syphilis, anti-VHC) – Analyse d'urine – Examen rectal et mise en culture – Examen parasitologique et mise en culture – Radiographie pulmonaire – Dépistage de la covid-19 (antigénique, PCR) – Examens facultatifs : – Examen psychologique – Examen professionnel – test de sensibilité à la tuberculine (Test Mantoux), trachome
Système d'orientation	– Organisé par un médecin

ANNEXE III – Caractéristiques du marché des drogues en Europe : classification par substance

Cannabis⁹⁵
<p>Le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée en Europe. On observe ces dix dernières années une plus forte teneur en composants psychoactifs qui a entraîné une augmentation des problèmes de santé publique et des consultations aux urgences hospitalières pour des symptômes de type psychotiques. L'herbe de cannabis (marijuana) et la résine de cannabis (haschisch) sont les deux principaux dérivés du cannabis présents sur le marché des drogues. Selon des études internationales, l'herbe de cannabis est produite principalement en Amérique latine, en Albanie et dans quelques autres États des Balkans occidentaux en Europe. En outre, la production de cannabis cultivé en Europe est en hausse depuis plusieurs années. Quant au haschisch, il est produit au Maroc et arrive généralement en Europe via les côtes espagnoles. En Europe, il est acheminé par des passeurs, par voiture, camion, bus internationaux et, dans une moindre mesure, par des yachts et des petits avions.</p>
Héroïne⁹⁶
<p>L'Afghanistan reste le premier producteur d'opium illicite au monde et on estime que la majeure partie de l'héroïne consommée en Europe est fabriquée dans ce pays ou en Iran et au Pakistan voisins. La production d'héroïne en Europe reste très faible. Il existe quatre grandes voies d'acheminement de l'héroïne en Europe, les deux plus importantes étant la « route des Balkans » et la « route du Sud ». La « route des Balkans » passe par la Turquie pour arriver dans les pays des Balkans (Bulgarie, Roumanie ou Grèce) et continue vers l'Europe occidentale. Des ramifications (au sud, au centre et au nord) de la route des Balkans ont également fait leur apparition. La « route du Sud », qu'empruntent des cargaisons d'héroïne en provenance d'Iran ou du Pakistan pour pénétrer en Europe par avion ou par bateau, soit directement, soit en transitant par l'Afrique, a quant à elle gagné en importance ces dernières années. Parmi les autres itinéraires figurent la « route du Nord » et la route traversant le sud du Caucase et la mer Noire.</p>
Cocaïne⁹⁷
<p>Le marché de la cocaïne est le deuxième plus gros marché de drogues illicites de l'UE. Selon les estimations, 4 millions de personnes ont consommé de la cocaïne l'année passée dans l'UE. Les consommateurs de cocaïne dans le monde se trouvent en majorité en Amérique du Nord et Sud et en Europe occidentale et centrale. La cocaïne est principalement produite en Bolivie, en Colombie et au Pérou et acheminée vers l'Europe par différents moyens : fret aérien, vols de l'aviation générale, services postaux, véhicules privés, yachts et fret maritime, dans des conteneurs⁹⁸.</p> <p>Un certain nombre d'indicateurs révèlent une augmentation significative des activités de trafic de cocaïne vers l'UE ces dernières années et on estime notamment que la fabrication mondiale de cocaïne a atteint son niveau le plus élevé jamais enregistré⁹⁹.</p>
Drogues de synthèse¹⁰⁰
<p>Le marché européen des drogues de synthèse, notamment en ce qui concerne des stimulants tels que l'amphétamine, la MDMA et la méthamphétamine, évolue rapidement. Sur le marché des stimulants, ces drogues sont en concurrence avec la cocaïne et plusieurs nouvelles substances psychoactives. Dans la plupart des pays de l'UE, l'amphétamine reste plus couramment utilisée que la méthamphétamine, bien que les signes d'une augmentation progressive de la consommation de la méthamphétamine se multiplient. Toutes ces drogues sont produites en Europe. La production de MDMA et d'amphétamine se concentre principalement aux Pays-Bas et dans une moindre mesure en Belgique. La méthamphétamine est principalement produite en Europe centrale, notamment en République tchèque et dans ses régions voisines. La production de drogues de synthèse dans l'UE est très rentable du fait de la proximité des consommateurs.</p>

95. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019), Chapitre 3, Cannabis.

96. *Ibid.*, Chapitre 4.

97. *Ibid.*, Chapitre 5.

98. *Ibid.*, Chapitre 5.

99. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2020).

100. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019) Chapitre 6.

Nouvelles substances psychoactives (NSP)¹⁰¹

Les nouvelles substances psychoactives (NSP) sont principalement utilisées comme substituts aux drogues illicites. Dans la plupart des cas, elles sont produites par des sociétés chimiques et pharmaceutiques en Chine puis expédiées vers l'Europe, où elles sont transformées en produits finis, conditionnées et commercialisées. Dans une moindre mesure, l'Inde est également un important pays producteur de NSP (qu'elle vend comme médicaments). Certains laboratoires clandestins ont été repérés aux Pays-Bas, en Belgique et en Pologne (cathinones de synthèse).

On observe actuellement une diminution du nombre de NSP présentes sur le marché qui, selon les experts, peut s'expliquer en partie par le fait que les gouvernements européens ont pris des mesures pour interdire les nouvelles substances (clause « Catch All »), et que la Chine a mis en place des mesures de surveillance et des poursuites pénales contre les laboratoires qui produisent de nouvelles substances.

Les problèmes associés à la consommation de cannabinoïdes de synthèse semblent se multiplier ; ces substances étant relativement peu chères, faciles à se procurer et puissantes, leur consommation augmente au sein de populations marginalisées, y compris chez les sans-abri et les détenus. En outre, les nouveaux opioïdes de synthèse suscitent de plus en plus d'inquiétudes, à l'heure où les dérivés du fentanyl se multiplient rapidement, ces substances étant particulièrement associées à des problèmes de santé, notamment à des intoxications¹⁰².

Plus de 400 nouvelles substances psychoactives ont été détectées sur le marché européen des drogues en 2019. Fin 2020, l'EMCDDA surveillait environ 830 nouvelles substances psychoactives, parmi lesquelles 46 avaient été détectées cette année-là pour la première fois en Europe¹⁰³.

Médicaments

La vente de médicaments falsifiés, contrefaits, non conformes et non autorisés représente un commerce d'envergure mondiale et un grave problème de santé publique en constante progression, favorisés par la mondialisation. Ce marché très lucratif attire également les organisations criminelles, bien que le lien entre ces groupes et le marché des drogues reste encore mal compris. Outre les risques que l'usage de ces médicaments pose pour leur santé, les consommateurs risquent également d'être victimes d'escroquerie en achetant sur ce marché¹⁰⁴. Bien que la consommation de drogues par voie intraveineuse ait diminué en Europe ces dix dernières années, elle reste une cause majeure de dommages liés à la drogue. Il existe des différences considérables entre les pays, tant en ce qui concerne les niveaux de consommation de drogues injectables que les pratiques d'injection et les substances utilisées. Bien que principalement liées à la consommation d'héroïne, d'autres drogues, dont les amphétamines, la cocaïne, les cathinones de synthèse, les médicaments de substitution aux opioïdes et d'autres médicaments, sont également consommées par voie injectable. Les pratiques de consommation de drogues à haut risque constituant toujours un problème majeur, la fourniture de soins efficaces et la détection précoce de l'évolution de l'offre de substances sur le marché des drogues restent des questions clés de la politique en matière de drogues pour le ciblage des ressources. De l'héroïne a également été trouvée dans la majorité des seringues à Budapest et Oslo, tandis que des médicaments de substitution aux opioïdes ont été fréquemment détectés dans les seringues à Helsinki (buprénorphine), Prague (buprénorphine) et Vilnius (méthadone)¹⁰⁵.

101. *Ibid.*, Chapitre 7.

102. *Ibid.*, Chapitre 7.

103. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2021).

104. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Europol (2019), Chapitre 1.

105. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2021).

Références

Unknown author (2013), "Harm reduction: Policy paper on preventing risks and reducing harm linked to the use of psychoactive substances", Pompidou Group, Council of Europe, available at <https://rm.coe.int/2013-pg-20-harm-reduction-eng/16807865f4>.

Arpa S. (2017), "Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice", European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, available at www.emcdda.europa.eu/document-library/women-who-use-drugs-issues-needs-responses-challenges-and-implications-policy-and-practice_en.

Benoit T. and Jauffret-Roustide M (2016), "Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances", Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg, available at <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>.

Berry J. W., Poortinga Y. H., Segall M. H. and Dasen P. R. (2002), *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*, Cambridge University Press, Cambridge.

Clark M. (2015), *The Gender Dimension of Non-Medical use of Prescription Drugs in Europe and the Mediterranean Region*, Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg, available at <https://book.coe.int/en/drugs-and-addiction/6441-the-gender-dimension-of-non-medical-use-of-prescription-drugs-in-europe-and-the-mediterranean-region.html>.

Core Writing Team, et al. (2015), "AR5 Synthesis Report: Climate Change 2014", Intergovernmental Panel on Climate Change, available at <https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/>.

Council of Europe (2019), "Internally Displaced Persons (IDPs): Integration, Participation and Non-Discrimination", available at www.coe.int/en/web/kyiv/-/internally-displaced-persons-idps-integration-participation-and-non-discrimination.

Council of Europe (2022), "Migrant and refugee women and girls", available at [www.coe.int/en/web/genderequality/migrant-and-refugee-women-and-girls#%2263602265%22:\[1\]](http://www.coe.int/en/web/genderequality/migrant-and-refugee-women-and-girls#%2263602265%22:[1]).

Davaki K. (2021), "The traumas endured by refugee women and their consequences for integration and participation in the EU host country", European Parliament's Committee on Women's Rights and Gender Equality, available at [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/691875/IPOL_STU\(2021\)691875_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/691875/IPOL_STU(2021)691875_EN.pdf).

Deng F. M. (1998), "Report of the Representative of the Secretary-General on the Guiding Principles on Internal Displacement", Report No. E/CN.4/1998/53/Add.2, United Nations, available at www.refworld.org/docid/3d4f95e11.html.

Domenig D. (2007), "Transcultural competence in the Swiss health care system", Foundation Regenboog AMOC, available at www.aidsactioneurope.org/sites/default/files/1107-0_0.pdf.

European Centre for Disease Prevention and Control (2018), "Public Health Guidance on Screening and Vaccination for Infectious Diseases in Newly Arrived Migrants within the EU/EEA", available at www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Public%20health%20guidance%20on%20screening%20and%20vaccination%20of%20migrants%20in%20the%20EU%20EEA.pdf.

European Court of Human Rights (2016), *Paposhvili v. Belgium*, Report No. 41738/10, available at [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-169662"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), "European Prevention Curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use", European Union, available at www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021), "European Drug Report 2021, Trends and Developments", European Union, available at www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/TDAT21001ENN.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), "Take-home naloxone", available at www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol (2019), "EU Drug Markets Report 2019", European Union, available at www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf.

Europol (2021), "European Union Serious and Organised Crime Threat Assessment (SOCTA) 2021", European Union, available at www.europol.europa.eu/publication-events/main-reports/european-union-serious-and-organised-crime-threat-assessment-socta-2021.

Fedorova O. (2012), "Transcultural Drug Work", Pompidou Group, Council of Europe, available at <https://rm.coe.int/2012-3-ppg-coop-transculturalworkhandbook-web-eng/16807b6acd>.

Hainmueller J., Hangartner D. and Lawrence D. (2016), "When Lives are Put on Hold: Lengthy Asylum Processes Decrease Employment among Refugees", *Science Advances* 2, No. 8, e1600432-e1600432.

Harm Reduction International (2022), "What is harm reduction?", available at www.hri.global/what-is-harm-reduction.

Heeren M., Mueller J., Ehlert U., Schnyder U., Copier N. and Maier T. (2012), "Mental Health of Asylum Seekers: A Cross-Sectional Study of Psychiatric Disorders", *BMC Psychiatry* 12, No. 1, p. 114.

Horyniak D., Melo J. S., Farrell R. M., Ojeda V. D. and Strathdee, S. A. (2016), "Epidemiology of Substance use among Forced Migrants: A Global Systematic Review", *PLoS One* 11, No. 7, e0159134-e0159134.

IARMJ-Europe (2021), "Vulnerability in the Context of Applications for International Protection", European Union Agency for Asylum, available at <https://easo.europa.eu/new-chapter-easo-professional-development-series-published-vulnerability-context-applications>.

Internal Displacement Monitoring Centre (2020), "Global Report on Internal Displacement 2020", available at www.internal-displacement.org/global-report/grid2020/.

International Organization for Migration (2007), "Migration and the Environment", Report No. MC/INF/288, available at www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/en/council/94/MC_INF_288.pdf.

International Organization for Migration (2015), "Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA", European Union, available at https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/handbook_healthprofessionals_en_0.pdf.

International Organization for Migration (2020), "World Migration Report 2020", available at https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf.

International Organization for Migration (2020), "Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in the COVID-19 Response: Guidance and Toolkit for the use of IOM MHPSS Teams: Version III-Final", available at www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/documents/mhpss-covid-19-guidance-toolkit-v3-en.pdf.

International Organization for Migration (2022a), "7.1 Million People Displaced by the War in Ukraine: IOM Survey", available at www.iom.int/news/71-million-people-displaced-war-ukraine-iom-survey.

International Organization for Migration (2022b), "Key Migration Terms", available at www.iom.int/key-migration-terms#Migration.

Jimenez-Damary C. (2022), "About Internally displaced persons", United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, available at www.ohchr.org/EN/Issues/IDPersons/Pages/Issues.aspx.

Kleinman A. and Benson P. (2006), "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and how to Fix it", *PLoS Medicine* 3, No. 10, e294-e294.

Kostić M., Lazarević L., Mandić-Maravić V., Mitković-Vončina M., Radosavljev-Kirčanski J., Stojković A. and Videnović M. (2019), "Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", UNICEF in Serbia, available at [www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20\(ACE\)%20Study.pdf](http://www.unicef.org/serbia/media/10726/file/Adverse%20Childhood%20Experiences%20(ACE)%20Study.pdf).

Lemmens P., Dupont H. and Roosen I. (2017), "Migrants, Asylum Seekers and Refugees: An Overview of the Literature Relating to Drug Use and Access to Services", European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, available at www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6341/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Migrants-Asylum-seekers-Refugees-Drug-use.pdf.

Marlatt G. A., Larimer M. E. and Witkiewitz K. (eds.) (2011), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford Press, New York.

Mayo Clinic (2018), "Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)", Mayo Foundation for Medical Education and Research, available at www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-203559677.

Mayo Clinic Staff (2017), "Mental health: Overcoming the stigma of mental illness", Mayo Foundation for Medical Education and Research, available at www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/in-depth/mental-health/art-20046477.

Miller K. E. and Rasmussen A. (2017), "The Mental Health of Civilians Displaced by Armed Conflict: An Ecological Model of Refugee Distress", *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 26 No. 2, pp. 129-38.

Paraskeva C. (2017), "Protecting Internally Displaced Persons under the European Convention on Human Rights and Other Council of Europe Standards", Council of Europe, Strasbourg, available at <https://rm.coe.int/handbook-costas-paraskeva-eng/168076087f>.

Priebe S., Giacco D. and El-Nagib R. (2016), "Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region", WHO Regional Office for Europe, available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/.

Report on the Focus Group Analysis (2021) held on 29 March 2021, "Drug Abuse and other Addiction within Migrants", Zagreb, Croatia.

Schouler-Ocak M. (2015), *Trauma and Migration: Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatised Immigrants*, Springer International Publishing AG, Cham, doi:10.1007/978-3-319-17335-1.

Song M. (2020), "Rethinking Minority Status and 'visibility'", *Comparative Migration Studies* 8, No. 1, pp. 1-17.

Trauma-Informed Care Implementation Resource Center (2021), "What Is Trauma-Informed Care?", Center for Health Care Strategies, available at www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/.

Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (2014), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, available at <https://libezproxy.syr.edu/login?url=https://www.proquest.com/books/trauma-informed-care-behavioral-health-services/docview/1900811905/se-2?accountid=14214>.

UN Women (2022), "Facts and figures: Ending violence against women", available at www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures.

United Nations (2015), "United Nations Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of Their Liberty to Bring Proceedings Before a Court".

United Nations International Narcotics Control Board (2017), "Report of the International Narcotics Control Board for 2016", available at www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (2018), "Principles and Guidelines, supported by practical guidance, on the human rights protection of migrants in vulnerable situations", available at www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime (2020), "World Drug Report 2020", United Nations Office on Drugs and Crime available at <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html>.

Van Hout M. C., Hearne E. and Wells J. (2016), "Economic and conflict based rapid mass population movement into Europe: The security and public health implications for future EU drugs policy" [Editorial], *International Journal of Drug Policy*, 38, 13-15, available at <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.017>.

Ventrella, M. (2017). Identifying victims of human trafficking at hotspots by focusing on people smuggled to Europe. *Social Inclusion (ISSN: 2183-2803)*, 69-80.

Weissbecker I., Hanna F., El Shazly M., Gao J. and Ventevogel P. (2018), "Integrative Mental Health and Psychosocial Support Interventions for Refugees in Humanitarian Crisis Settings" in *An Uncertain Safety*, Springer International Publishing, Cham, pp. 117-53.

White L. C. J., Cooper M. and Lawrence D. (2019), "Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers", *British Journal of General Practice* 69, No. 678, pp. 10-11, available at <https://doi.org/10.3399/bjgp19x700349>.

Wilson D. P., Donald B., Shattock A. J., Wilson D. and Fraser-Hurt N (2015), "The Cost-Effectiveness of Harm Reduction", *The International Journal of Drug Policy* 26, pp. S5-S11.

World Health Organization (2018), "Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health", available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347>.

Le Groupe Pompidou est le Groupe de Coopération internationale du Conseil de l'Europe sur les drogues et les addictions. En 2023, le Groupe rassemble 41 pays d'Europe et d'ailleurs. Sa mission est de poursuivre une approche équilibrée et multidisciplinaire qui couvre les différents volets de la politique en matière de drogues. Elle s'appuie également sur le fait qu'une politique en matière de drogues doit être innovante et fondée sur des preuves. Cette politique doit impliquer la prévention, la réduction des dommages, la prise en charge et le traitement et l'application de la loi. Sur ces principes, le Groupe Pompidou apporte ses connaissances, un soutien et des solutions pour des politiques efficaces et humaines en matière de drogues.

www.coe.int/pompidou

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent. Il comprend 46 États membres, dont l'ensemble des membres de l'Union européenne. Tous les États membres du Conseil de l'Europe ont signé la Convention européenne des droits de l'homme, un traité visant à protéger les droits de l'homme, la démocratie et l'État de droit. La Cour européenne des droits de l'homme contrôle la mise en œuvre de la Convention dans les États membres.

www.coe.int

