

Le racisme, facteur de risque de consommation de drogues

Rédigé le 13 décembre 2019 par : Clémentine Stévenot, Eurotox et Anne-Claire Orban



Le constat de base posé par Eurotox (l'observatoire socio-épidémiologique des drogues et de l'alcool en Wallonie et à Bruxelles) est clair : l'usage problématique de drogues illicites et d'alcool des personnes racisées et des personnes migrantes ne découle pas de la culture ou de l'origine mais plutôt de l'expérience de l'exclusion sociale, des discriminations et des impacts psychologiques du racisme .

Quels impacts psychologiques du racisme ?

Nous avons pris l'habitude de distinguer racisme primaire et racisme structurel et d'opérer cette distinction sur base du critère de l'intentionnalité. D'une part, il y aura les actes racistes intentionnels (injures, agressions, violences, incitation à la haine, ...) et de l'autre, les actes perpétrant le racisme de façon plus insidieuse, invisible, moins intentionnelle (les discriminations dans tous les secteurs de la société : enseignement, emploi, logement, police, justice, santé, média, culture, folklore, éducation, publicité, ...). Plus que la somme des actes racistes individuels, il existe un réel climat hostile aux personnes racisées provoquant, parmi tant d'autres, diverses réactions :

- Le sentiment d'être invisible et délaissé·e, pouvant amener à la perte du sentiment d'appartenance nationale. Par exemple, face aux médias et aux politiques qui favorisent encore les présentateurs·trices blanches et les politicien·nes blanc·hes. Par exemple, lorsque sans cesse, une personne racisée se fait contrôler et doit montrer ses papiers pour « prouver » son identité et son appartenance au pays. Les actes et discours racistes et stigmatisants, actuellement largement banalisés au sein de la police, dans les médias mainstream et dans certains discours politiques, jouent évidemment sur le sentiment d'exclusion vécu par les personnes racisées. S'ensuit une perte de confiance et un désintéressement pour les institutions nationales et médiatiques et une perte de confiance dans les institutions sensées garantir la sécurité des citoyens.
- Sentiment d'insécurité permanent engendrant stress et anxiété. Par exemple, continuons avec les forces de l'ordre, si ces dernières sont considérées comme menaçantes, vers qui se tournera une personne racisée qui subit une agression ou un délit ? L'idée que personne ne sera là pour assurer la protection des personnes racisées peut entraîner un sentiment d'insécurité permanent et un besoin d'« être sur le qui-vive » de façon permanente.
- Perte du sentiment d'intégration sociale. L'intégration sur le marché de l'emploi

primaire favorise l'intégration socio-culturelle des nouveaux et nouvelles arrivés : amitié entre collègues, apprentissage de la langue et de codes culturels, valorisation sociale, revenus corrects et sentiment d'appartenance à la société dite d'accueil[1]. Autant de bénéfices dont une personne au chômage et cherchant un emploi, engagée dans le secteur secondaire (métiers en pénurie, dangereux ou peu valorisés) ou dans une niche ethnique ne profitera pas. Lorsqu'on connaît l'ampleur de la discrimination à l'emploi, on peut imaginer qu'un sentiment « d'échec à l'intégration » survienne alors chez les personnes racisées victimes de l'ethnostratification[2].

- Dévalorisation, perte de confiance en soi, allant jusqu'à la dépression et à l'isolation sociale. Par exemple, toujours en matière d'emploi, les différentes études sur l'emploi des personnes racisées (afro-descendantes, belgo-maghrébines et belgo-turques) pointent le taux élevé de personnes racisées surqualifiées pour le poste qu'elles occupent. Autrement dit, des personnes qui, malgré des connaissances et compétences spécifiques, se retrouvent dans des fonctions peu valorisantes et peu stimulantes. Il en résulte une intériorisation du stigmatisme et une perte certaine de confiance en ses capacités.
- Stress, anxiété résultant de la peur d'être contrôlé·e, discriminé·e, agressé·e, questionné·e, ... à tout moment, ainsi qu'un état émotionnel intense lorsque des micro-agressions surviennent, voire des comportements de révolte face aux situations d'injustice latente ou criante. Citons par exemple l'énervement légitime de personnes racisées face à la question « tu viens d'où ? », question intrusive et renvoyant sans cesse à la prétendue altérité de la personne. Enervement et révolte souvent peu comprise de la part de personnes blanches.
- A tout cela s'ajoute encore une fatigue physique et mentale et une altération de la concentration liées à la charge raciale, qui est le fait de constamment planifier des solutions pour évoluer dans un monde de blanc·hes « sans faire de vague » : « Penser à ne pas paraître "trop" noir·e, arabe ou asiatique, adopter une certaine manière de parler, de s'habiller, de rire, réfléchir aux musiques qu'on choisit en soirée... Bref, tout planifier quand on évolue dans des milieux majoritairement blancs et qu'on ne l'est

pas » relate la journaliste Douce Dibondo[3].

L'ensemble de ces expériences et ressentis, le manque de confiance dans les institutions, et globalement le stress racial, sont des facteurs influençant la santé physique et mentale, susceptibles de contribuer directement ou indirectement à la consommation simple ou problématique de drogues licites (alcool, cigarettes, médicaments psychotropes) et illicites.

Le cas spécifique des personnes migrantes

Il n'y a pas de lien causal direct entre migration en soi et consommation problématique de drogues licites et illicites. En plus des nombreux facteurs de risque cités plus haut, plusieurs circonstances liées au parcours de migration et aux conditions de vie dans le pays d'accueil rendent les personnes migrantes nouvellement arrivées sur le territoire davantage vulnérables à l'usage (problématique) de substances psychoactives. Les expériences traumatiques, le manque de réseau social, la perte de statut socio-économique, l'insécurité quotidienne, la complexité administrative, la peur permanente de croiser des forces de l'ordre, les conditions de vie précaires et insalubres, la perte de soutien familial et social, le désir de se socialiser et parfois un moindre contrôle normatif de la société d'accueil en matière de consommation, sont autant de facteurs influençant la santé et le bien-être, et autant de motifs d'usage de substances psychoactives (y compris à des fins d'automédication)[4].

Les symptômes de dépression et de stress post-traumatiques sont généralement moins bien pris en charge au sein des populations migrantes qu'au sein de la population générale. En effet, d'une part, les personnes sans papier ou ne bénéficiant pas encore du statut de réfugié-e n'ont peu (voire pas) accès aux services de santé mentale ; d'autre part, une fois le statut de réfugié-e acquis, les personnes migrantes ont moins recours à ces services. Ce moindre recours s'explique en premier lieu par le nombre limité de dispositifs de santé mentale et de traitement des addictions adaptés aux personnes demandeuses d'asile subissant un stress post-traumatique. En second lieu, il est également fort probable que les personnes migrantes aient une connaissance limitée des services existants, manquent des compétences culturelles, linguistiques et de communication générale pour accéder à ces

services, ou développent une certaine méfiance envers ces institutions [5].

De plus, certaines structures de soins refusent de prendre en charge les personnes particulièrement précarisées qui ne sont pas assurées. Dans le meilleur des cas, elles les réorientent vers des hôpitaux publics ou des asbl proposant des soins (Médecins sans frontière, Lama asbl, les MASS asbl, etc.). Ces refus et réorientations agissent comme des obstacles supplémentaires, pouvant finalement mener ces personnes à renoncer aux soins dont elles ont besoin. S'ajoutent à ces éléments la peur des institutions, de la police et la crainte d'être fiché.e. Les personnes migrantes sont ainsi généralement sous-représentées au sein des structures de prévention et de soins.

Ce climat structurellement raciste et discriminatoire, ponctué de micro-agressions quotidiennes ou de questions banales à caractère raciste, influence l'état de santé physique et mentale des personnes racisées et des personnes migrantes. Les discriminations à l'emploi, au logement, discriminations et agressions perpétrées par la police ou lors de procédures judiciaires, dans les soins de santé, face à l'administration ; le manque de confiance dans les institutions étatiques ; la frustration, l'anxiété, la colère et le stress qui résultent de la charge raciale et du climat structurellement raciste, sont autant de facteurs susceptibles 1/ de contribuer directement ou indirectement à la consommation simple ou problématique de drogues et d'alcool, 2/ de pousser certain-es à des comportements nocifs pour leur santé voire l'auto-destruction [6], 3/ d'accroître les chances de développer des maladies cardio-vasculaires ainsi que des maladies chroniques.

Notons que si dans nos régions, peu d'études (voire aucune) s'attardent sur les conséquences psycho-somatiques du racisme, d'autres régions, comme certains états canadiens, ont bien compris l'importance de mettre en lumière ces facteurs de risque et de faire entrer l'impact du racisme dans le domaine de la santé publique à travers ce qu'ils nomment : le « syndrome de stress racial ». Ce dernier, reprenant l'ensemble des conséquences psycho-sociales du racisme sur la santé, explique notamment qu'à diplôme et statut socio-économique égaux, une personne afro-descendante aura une espérance de

vie moins longue qu'une personne blanche.

Si l'on ajoute à cela que, de manière générale, les personnes racisées et migrantes sont moins bien prises en charge par les services de soins de santé que les personnes blanches, on comprend que les effets du racisme sur la santé sont largement sous-estimés ! On comprend qu'il est temps de penser des institutions de prévention et de soins de santé plus inclusives, et donc plus accessibles, et de former le personnel soignant tant aux compétences transculturelles, qu'au « syndrome du stress racial ».

Pour aller plus loin :

Association canadienne de Santé Publique :
<https://www.cpha.ca/fr/racisme-et-sante-publique>

Commission Ontarienne des Droits de la personne :
www.ohrc.on.ca/fr/les-articles-du-dialogue-sur-la-politique-raciale/les-st%C3%A9r%C3%A9otypes-et-leurs-cons%C3%A9quences-sur-les-jeunes-issus-de-minorit%C3%A9s-raciales

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime - UNODC (2004). *La prévention de l'abus de drogues parmi les jeunes des minorités ethniques et autochtones* :
https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_ethnic_french.pdf

[1] Voir Laurence Gillen et Frédéric Mertz (2013), dans « la diversité culturelle dans les PME », sous la direction de Altay Manço et Christine Barras

[2] Voir à ce sujet, les analyses « Qu'est-ce que l'ethnostratification » publiée sur le site de Bepax :
<http://www.bepax.org/publications/analyses/qu-est-ce-que-l-ethnostratification-mecanismes,0001042.html>

[3] Dans « Qu'est-ce que la charge raciale ? »
<https://www.glamourparis.com/societe/phenomene/articles/quest-ce-que-la-charge-raciale-qui-pese-sur-les-personnes-non-blanches-/74331>

[4] Sanchez-Mazas P. (2013). Migration et addictions, ni Dépendances, n°46. Suisse : Lausanne.

[5] 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*. EMCDDA. Lisbonne

[6] Comme le blanchiment de la peau et le défrisage des cheveux ayant des conséquences graves pour la santé.



Avec le soutien de la
Fédération Wallonie-Bruxelles

Ed resp : Ghalia Djelloul
Chaussée Saint-Pierre, 208
B-1040 Bruxelles
Tél : 02/896 95 00
info@bepax.org
www.bepax.org
IBAN : BE28 7995 5017 6120