

FEDERAL RESEARCH PROGRAMME ON DRUGS

Court rapport final

MATREMI

MAPPING & ENHANCING SUBSTANCE USE TREATMENT FOR MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES

Contract - DR/00/84

Charlotte De Kock (UGent) - Carla Mascia (ULB) - Fred Laudens (VAD) -
Lyssa Toyinbo (VAD) - Stéphane Leclercq (FEDITO BXL) - Pascale Hensgens
(FEDITO WALLONNE) - Dirk Jacobs (ULB) - Tom Decorte (UGent)



No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without indicating the reference :

De Kock, C., Mascia, C., Toyinbo, L., Laudens, F., Leclerq, S., Jacobs, D., Decorte, T. (2020). MAPPING & ENHANCING SUBSTANCE USE TREATMENT FOR MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES (MATREMI) (DR/84). SUMMARY (FR). Brussel: Belspo.

Avertissement: Ces résultats et recommandations sont basés sur le rapport MATREMI complet comprenant des entretiens avec 32 professionnels du traitement de la toxicomanie, 3 réunions de réseaux professionnels des services traitement de la toxicomanie à Gand et à Anvers, la contribution des trois réseaux régionaux du SUT (VAD, Fédito BXL, Fédito Wallonne) et les résultats des deux enquêtes européennes et nationales. Les principaux intervenants (c.-à-d. le Comité d'orientation MATREMI) ont été consultés pour donner leur avis sur les ébauches de ces recommandations. Néanmoins, ces recommandations relèvent de la seule responsabilité des auteurs et les répondants peuvent ne pas être d'accord avec certaines parties du présent résumé.

De nombreuses personnes ont contribué à ce travail et aidé à conceptualiser les questions discutées, bien qu'elles ne soient pas d'accord avec tous les points de vue, interprétations et conclusions. Lies Gremeaux et Jerome Antoine (Sciensano) ont fourni des contributions et des commentaires très utiles aux versions anciennes et avancées du chapitre 3.5 du rapport complet sur les indicateurs liés à la migration et à l'ethnicité dans TDI et ont joué un rôle clé dans la diffusion de l'enquête auprès de National Reitox Points focaux. Hannah Vermaut (UNIA) a fourni des commentaires sur une première version de ce document sur la base de sa perspicacité et de son expertise. Nous remercions tous les experts susmentionnés pour leur contribution à ce projet de recherche.

Enfin, il convient de mentionner que les recommandations (basées sur des commentaires en français et en néerlandais) ont été initialement rédigées en néerlandais puis traduites en français et en anglais. Les textes ne sont pas complètement identiques, mais l'esprit du texte et des recommandations est le même.

CONTENU

CONCLUSIONS	4
1. ENREGISTREMENT LIÉ À L'ORIGINE ETHNIQUE ET À LA MIGRATION DANS LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE.....	6
2. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (MENTALE) ET AU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE DANS L'UE	8
3. TAUX DE PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AUPRÈS DES MIGRANTS ET MINORITÉS ETHNIQUES DANS L'UE ET EN BELGIQUE.....	10
4. MIGRANTS ET MINORITÉS ETHNIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE EN BELGIQUE	12
5. ÉTAT DE L'ART ET PIÈGES DU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE EN FLANDRE.....	13
Santé générale et présence dans le traitement	13
Comprendre les disparités dans le traitement des toxicomanies en Flandre	14
6. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DU TRAITEMENT À BRUXELLES ET EN WALLONIE	17
7. DES PRATIQUES INSPIRANTES POUR ACCROÎTRE LA PORTÉE, LA SUIVI ET L'ACCÈS DANS L'UE ET EN BELGIQUE.....	20
RECOMMANDATIONS	23
AU NIVEAU BELGE / FÉDÉRAL	24
1. Enregistrement et traitement des indicateurs liés à la migration dans le traitement de la toxicomanie	24
2. Offrir des soins de santé (mentale) et de toxicomanie accessibles aux réfugiés	26
AU NIVEAU REGIONAL	27
3. Concrétiser les recommandations en faveur de la diversité dans les soins de santé (mentale) et du bien-être	28
4. Soutenir et financer pleinement le pratiques visant à abaisser le seuil d'accessibilité	29
5. Abaisser le seuil de recours aux traducteurs dans les secteurs de la santé et du bien-être en général et le traitement de la toxicomanie spécifiquement	31
AU NIVEAU ORGANISATIONNEL DU TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE.....	32
6. Investir dans une gestion organisationnelle et des équipes sensibles à la diversité	32
7. Méthodes innovatrices de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues	33
8. Identifier, donner la parole et atteindre les populations MEM	34
REFERENCES	36

Conclusions

Les migrants et les minorités ethniques (MEM)¹, en particulier les réfugiés et les demandeurs d'asile (Horyniak, Melo, Farrell, Ojeda, & Strathdee, 2016 ; Karl-Trummer, Novak-Zezula, & Metzler, 2010) mais aussi les migrants intra-européens et les personnes issues des deuxième, troisième et quatrième générations sont souvent plus exposés au traumatisme et aux inégalités sociales (Marmot et Bell, 2016 ; Pickett et Wilkinson, 2010) par rapport à leurs homologues non MEM. Il s'agit de facteurs de risque importants pour les problèmes de santé mentale et la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues (EMCDDA, 2019). Néanmoins, d'importantes disparités dans la fourniture de soins de santé (mentale) et le traitement de la toxicomanie pour les MEM par rapport à leurs homologues non-MEM ont été largement documentées à l'échelle mondiale (Alegría et al. 2008 ; Saloner et Le Cook 2013 ; OMS 2010) même si ce genre d'enquêtes ont été effectuées dans une moindre mesure en Europe (Dauvrin, Derluyn, Coune, Verrept et Lorant, 2012 ; De Kock, Decorte, Derluyn et Vanderplasschen, 2017 ; Derluyn et al., 2008) .

Une manque dans la littérature est les statistiques concernant la présence de MEM dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas facilement disponibles parce que les indicateurs scientifiquement solides liés à l'ethnicité et à la migration, tels qu'étudiés par exemple en Belgique dans le domaine de l'éducation (Agirdag, 2015), du travail (UNIA, 2017) et de l'intégration (Noppe et al., 2008), ne sont peu mobilisés dans le domaine de traitement des toxicomanies.

Dans le domaine du traitement des toxicomanies - comme c'est le cas dans les autres États membres de l'UE, en Turquie et en Norvège - la Belgique applique l'indicateur européen de demande de traitement (TDI), un instrument d'enregistrement européen qui permet de comparer des données standardisées sur les usagers de services qui commencent un traitement pour toxicomanie dans les États membres européens (Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert, & Gremeaux, 2016)). Toutefois, dans le troisième protocole TDI (2012), le seul indicateur lié à l'origine migratoire - nationalité- a été omis. Par conséquent, cet indicateur a également été omis en tant que variable obligatoire dans les registres nationaux belges en 2015.

Le premier objectif du projet MATREMI était de mieux connaître la politique belge de traitement de la toxicomanie au niveau des indicateurs liés à l'ethnicité et à la migration, ceci en cartographiant les variations du TDI relatives à l'ethnicité et à la migration entre les États membres de l'UE-28 et en Belgique.

Question de recherche 1 : Comment enregistrer et surveiller la présence des utilisateurs de services MEM dans le traitement de la toxicomanie en Belgique ?

- Quels indicateurs liés à la migration et à l'origine ethnique sont utilisés dans 1) l'enregistrement TDI européen dans les pays de l'UE-28 et 2) les domaines du travail, de l'intégration et du traitement de la toxicomanie en Belgique?

¹ Nous utilisons la terminologie large « migrants et minorités ethniques » parce que cette terminologie combinée nous permet de mettre l'accent tant sur les aspects de l'histoire migratoire individuelle, que sur la nature et les conséquences de l'identité ethnique et sur la façon dont la société traite cette ethnicité (De Kock, Decorte, Vanderplasschen, Derlyn & Sacco, 2017). Cette terminologie a été utilisée dans le Livre blanc pour un soin de santé accessible (Suijkerbuijk, 2014) et dans les recommandations d'un soin de santé accessible (Dauvrin, Derluyn, Coune, Verrept & Lorant, 2012).

- Les méthodes et indicateurs d'enregistrement dans d'autres domaines peuvent-ils être utilisés dans le traitement de la toxicomanie en Belgique et en particulier dans l'enregistrement TDI?

Deuxièmement, la Belgique n'a pas encore mis en œuvre de mesures ciblées rationalisées dans le cadre d'une politique intégrée en matière de drogue et de traitement de la toxicomanie, tant en matière de politique que de pratiques (Conférence interministérielle sur les drogues, 2011 : 21446). En outre, [le profile de prévention belge 2015-2016 de l'EMCDDA](#) considère la Belgique comme un État membre dont les efforts de prévention ciblant les migrants et les minorités ethniques sont limités. En outre, une étude de l' EMCDDA indique que le traitement de la toxicomanie n'est généralement pas une priorité en ce qui concerne les soins de santé prodigués aux demandeurs d'asile nouvellement arrivés. (Lemmens, Dupont et Roosen, 2017) .

Le deuxième objectif du MATREMI était donc d'identifier des pratiques inspirantes en matière de traitement de la toxicomanie ou visant à améliorer la portée, le suivi et l'accessibilité des (potentiels) utilisateurs MEM des services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie en Belgique.

Question de recherche 2 : Quelles **pratiques inspirantes** existent dans les Etats membres de l'UE-28 et en Belgique en particulier, pour accroître la portée du traitement, le suivi et l'accessibilité pour des (potentiels) utilisateurs MEM dans les services et quels sont les principaux pièges rencontrés par les professionnels?

- Quels sont les principaux objectifs : atteindre, accéder et/ou conserver ?
- Quelles sont les populations ciblées ?
- Dans quel domaine se situent ces pratiques (prévention, traitement, réduction des risques) ?
 - Ces pratiques sont-elles évaluées ? (et comment)
 - Quelles difficultés peuvent être identifiées et traduites en recommandations au niveau de la recherche, des politiques et des pratiques des services?

Diverses méthodes ont été utilisées pour répondre à ces deux principales questions de recherche :

- Deux **enquêtes en ligne** visant à identifier les indicateurs et les pratiques dans les Etats membres de l'UE-28 ;
- Deux enquêtes en ligne pour identifier les pratiques prometteuses Belgique (en néerlandais et en français) ;
- **Une analyse documentaire** ciblée et **descriptive** de la littérature européenne et belge (en ce compris la littérature grise) sur l'état de santé (mentale), la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues et leur traitement (2009-2019).
- Une **enquête par e-mail** menée auprès de tous les organismes belges de traitement de la toxicomanie subventionnés par l'INAMI pour identifier les registres ainsi que les indicateurs utilisés en matière de migration et d'ethnicité.
- **Entretiens qualitatifs semi-structurés** avec 32 professionnels du traitement de la toxicomanie afin d'identifier les pièges et les pratiques prometteuses.

Les résultats de notre travail empirique seront résumés ci-dessous. Nous commençons par présenter les résultats concernant l'enregistrement (des indicateurs liés à l'immigration et l'origine ethnique) (1), suivis d'un examen de l'état de la santé (mentale), de l'accès aux soins de santé et de l'accès aux soins liés à l'usage de drogues en Europe (2). Nous passons ensuite aux connaissances actuelles en

matière de prévalence de la consommation de substances en Europe et en Belgique (3). Nous résumons les résultats de l'enquête européenne sur les pratiques prometteuses visant à accroître la portée, le suivi et l'accès des MEM dans le traitement de la toxicomanie (4). Nous nous concentrons ensuite sur l'utilisation et le traitement des substances MEM en Belgique (5) et concluons avec nos résultats empiriques parmi les professionnels sur les pièges et les voies à suivre dans le traitement en Flandre (6), à Bruxelles et en Wallonie (7), sur fond de littérature existante (grise).

Le lecteur doit tenir compte du fait que cette étude sur la " cartographie et l'amélioration du traitement de la toxicomanie pour les MEM " a été réalisée dans une perspective écosociale et fondée sur les droits (Alegria, Carson, Goncalves, & Keefe, 2011 ; Krieger, 2011). Cela signifie que nous avons l'intention d'analyser les disparités de traitement d'un point de vue micro (client, prestataire de soins), méso (service) et macro (politique, opinions dominantes sur le traitement de la toxicomanie). Nous partons également de la vision que le soin équitable implique (i) l'accès égale pour des besoins égaux, (ii) le traitement égal pour des besoins égaux et (iii) les résultats de soins égaux pour des besoins égaux (Dauvrin, Detollenaere, De Laet, Roberfroid & Vinck, 2019).

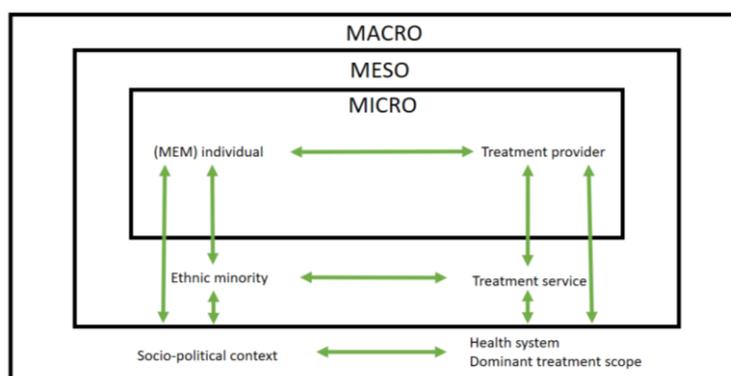


Figure 1 : Une perspective écosociale sur les disparités dans le traitement de la toxicomanie pour les MEM (adaptation de Krieger, 2014; De Kock, 2020b)

Pour plus d'informations sur le contexte théorique et les résultats de l'enquête sur les pratiques belges prometteuses visant à accroître la portée, le suivi et l'accès des MEM dans les services de traitement, nous renvoyons à la fois au [rapport MATREMI](#) complet et au ' *Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening*' (disponible sur www.belspo.be et dans un format livre via www.gompel-svacina.eu), orienté vers la pratique.

Nous concluons ce bref résumé par des recommandations concrètes au niveau fédéral, au niveau régional et au niveau de l'organisation des services du SUT.

1. Enregistrement lié à l'origine ethnique et à la migration dans le traitement de la toxicomanie

La planification du traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues dans les établissements de santé nationaux repose idéalement sur la disponibilité de données précises au minimum concernant le besoin et la demande de traitement. L'analyse modélisée de ce type de données permet d'identifier les " lacunes de traitement ". Le besoin de traitement est défini comme la présence d'un diagnostic pour lequel un traitement est disponible alors que les données concernant la demande de traitement reflète la demande de la population pour un traitement (Ritter et al., 2019).

Le registre d'indicateurs de la demande de traitement (TDI) est le plus grand ensemble de données fiables sur les drogues en Europe (Montanari et al., 2019). Il informe sur la demande de traitement satisfaite (Ritter, Mellor, Chalmers, Sunderland, & Lancaster, 2019) (²par opposition à la demande de traitement non satisfaite). Le TDI, l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), permet de connaître le nombre et le profil des personnes entrant dans des institutions pour toxicomanes (Montanari et al., 2019). Il a été introduit en Belgique en 2011 (Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert, & Gremeaux, 2016). L'enregistrement TDI des épisodes de traitement au sein des institutions pour toxicomanes (SUT) avec une convention d'assurance maladie est collecté et traité par le point focal national belge REITOX (Sciensano) depuis 2011.

Une enquête diffusée à tous les **points focaux nationaux du Reitox** avec un taux de réponse de 68 % a montré que dans les registres nationaux des TDI en 2017 dans les États membres de l'UE-28, un tiers des pays ont recueilli des données sur la nationalité (résultant des directives du protocole 2.0 TDI). Les indicateurs suivants ont également été enregistrés dans au moins quatre États membres : lieu de naissance, UE/non-UE, origine ethnique et nationalité à la naissance. (De Kock, 2019b)

Quand nous examinons les indicateurs liés à l'immigration et l'origine ethnique dans d'autres enquêtes Européennes, nous retrouvons une large palette d'indicateurs. Le **questionnaire international PISA** comprend également des questions relatives à la langue (langue maternelle, langue parlée à la maison) en plus de l'identification du pays de naissance (de la mère et du père). L'**enquête Generation and Gender Survey (GGS)** utilise une combinaison du lieu de naissance, du lieu de naissance de la mère, de la nationalité, de la nationalité à la naissance, de la naturalisation ainsi que de la participation et des convictions religieuses. Les enquêtes européennes telles que les **enquêtes européennes sur la population active, les enquêtes sanitaires et sociales (ESS) et les EU-SILC** utilisent à leur tour également des indicateurs concernant le lieu de naissance de la mère.

L'étude "**living together in diversity**"³ - commanditée par le gouvernement flamand (Stuyck et al., 2018) utilise les indicateurs suivants pour identifier l'origine migratoire : pays de naissance, nationalité actuelle, nationalité de naissance, nationalité du père et de la mère, pays de naissance du père et de la mère, durée du séjour en Belgique, raisons de la migration. Le **moniteur flamand de la migration et de l'intégration** est à son tour principalement basé sur les données du STATBEL (l'Office belge des statistiques), d'Eurostat, de l'entrepôt de données sur le marché du travail de la base de données Crossroads Database for Social Security et d'autres sources de données administratives (Noppe et al., 2018).

En ce qui concerne les services spécifiques de traitement de la toxicomanie, une consultation par courrier électronique à tous les services subventionnés par l'INAMI, avec un taux de réponse de 28%, a permis d'identifier une variété de systèmes d'enregistrement autres que le TDI tels que les **dossiers électroniques des patients (EPD)** utilisés par les centres de santé mentale (CGG / CSM), **CIS**

² Le premier acteur à avoir défini un protocole commun de collecte de données sur les personnes entrant dans un traitement de la toxicomanie a été le Groupe Pompidou (PG), qui a coordonné des études au niveau des villes (à Dublin et à Londres en 1991), un projet de développement dans 11 villes et la création d'un groupe d'experts européens qui s'est réuni plusieurs fois pour discuter et convenir des lignes méthodologiques. (protocole TDI 3.0)

³ Cette étude porte sur l'emploi, le logement, l'éducation, la religion, la famille, la langue, l'intégration, l'identité sociale, les perspectives sur la diversité, les espaces publics et la santé.

(VVBV Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg), MASS.net - Digipolis, OBASI et MPG / RPM - Système minimal de collecte des données psychiatriques (MPS).⁴

Toutefois, le type de données envisagé par TDI est de nature administrative (et ne concerne donc pas le suivi des clients à travers d'un parcours) et ne relève donc pas de la [législation récente](#) concernant le partage de données entre professionnels qui s'applique à certains des registres susmentionnés. Certains des registres susmentionnés ont la possibilité d'enregistrer des données relatives à l'origine (c'est-à-dire EPD, CIS, MSOC.net). Toutefois, ces indicateurs ne sont pas suffisamment alignés. Les indicateurs utilisés varient considérablement ce qui implique que la comparabilité dans et entre les services ou au niveau du système de santé reste compliquée.

Sur la base de notre examen des indicateurs utilisés dans les enquêtes (européennes) et les ensembles de données administratives dans le domaine de la santé et du traitement de la toxicomanie, nous proposons d'inclure dans l'ensemble de données TDI ainsi que dans d'autres systèmes d'enregistrement des indicateurs minimum, moyen et/ou en profondeur, parallèlement à leur utilisation dans l'enquête nationale de santé⁵.

- Minimum (1 indicateur) : **nationalité** (avec options de réponse ISO 3166 avec répétition de ces nationalités pour la double nationalité)
- Moyen (4 indicateurs) : **pays de naissance, pays de naissance de la mère et du père** (avec les mêmes options de réponse utilisées dans les indicateurs minimum)
- En profondeur (7 indicateurs) : **Langue parlée à la maison, langue la plus couramment utilisée, troisième langue** (avec options de réponse PISA)

Sur la base d'un examen de l'application du GDPR dans ce domaine, nous concluons que, bien qu'il s'agisse de données sensibles, ce type d'enregistrement et de traitement des données, s'il tient compte de toutes les exigences du GDPR et des garanties appropriées, n'est pas interdit par la législation sur la vie privée. Nous proposons par la suite d'inclure ces indicateurs fiables dans les TDI mais aussi dans d'autres registres et enquêtes sur l'usage et le traitement des drogues. Ces recommandations sont développées ci-dessous (voir [Recommandations au niveau belge / fédéral](#)).

2. Accès aux soins de santé (mentale) et au traitement de la toxicomanie dans l'UE

Dans notre analyse documentaire sur l'état de santé, la consommation d'alcool et d'autres drogues et le traitement de la toxicomanie chez les MEM, nous avons cerné deux thèmes interreliés qui pourraient mener à des disparités dans les services : un **accès moindre** à la santé pour certains MEM et une **prévalence accrue des facteurs de risque et des corrélats sociaux** pour les disparités tant en matière de consommation que de traitement. De plus, deux groupes cibles se démarquent comme étant particulièrement vulnérables à la consommation problématique de substances et ayant un faible accès au traitement : les réfugiés (sans titre de séjour) et les populations de Roms.

Concernant l'accès, une étude comparative du droit d'accès aux soins de santé pour les personnes sans-papiers dans les 27 Etats membres (Cuadra, 2012) a démontré qu'en 2011, seuls 5 pays

⁴ Il est important de noter que certains de ces registres ne sont pas (seulement) utilisés pour les données administratives, mais qu'ils servent à stocker et à partager les dossiers des clients entre les services ou au sein des services.

⁵ Vu la possibilité de l'obtention de la double nationalité en Belgique, la proposition MATREMI est légèrement différente de la proposition (Européenne) comme formulée dans De Kock (2019b).

européens ont accordé aux personnes sans-papiers des droits (entiers) aux soins de santé qui ne se limitent pas aux soins d'urgence. Une analyse dans le cadre du projet QUALICOPT (Hanssens, Detollenaere, Hardyns, & Willems, 2016) a démontré que dans 31 pays européens, les personnes issues de l'immigration sont défavorisées dans le processus de soins de santé. Une étude systématique (Norredam, Nielsen, & Krasnik, 2009) a démontré une utilisation différentielle des services de soins de santé somatiques par les migrants de première génération par rapport aux non-migrants en Europe. Enfin, Detollenaere et ses collègues (2017) ont constaté que dans les pays européens, l'inégalité des revenus, le développement de la main-d'œuvre des soins primaires ainsi que l'accessibilité aux soins primaires sont étroitement liés à l'**inégalité des besoins non satisfaits**.

Concernant les facteurs de risque, le rapport de l'OMS sur la santé des migrants en Europe (OMS, 2018) résume les facteurs de risque suivants qui sont considérés comme des conditions liées à la santé des migrants (Lindert & Schimina, 2011 ; Puchner et al., 2018 ; OMS, 2010b) : conditions de transit et de voyage, mode et durée du voyage, perte des réseaux familiaux et amicaux, acculturation et/ou stress post-traumatique. Les migrants et les minorités ethniques, en particulier les réfugiés et les demandeurs d'asile, mais aussi les migrants intra-européens et les personnes issues des deuxième, troisième et quatrième générations sont par exemple plus exposés aux traumatismes (Horyniak et al., 2016) et l'inégalité sociale (Marmot & Bell, 2016 ; Pickett & Wilkinson, 2010) par rapport à leurs homologues non-MEM.

Une étude hollandaise à grande échelle nuance le fait que c'est peut-être plutôt le stress actuel et le manque de ressources dans le pays d'accueil - en plus du stress traumatique - qui mène au syndrome post-traumatique (SPT) et à la dépression chez les **réfugiés en quête de soins de santé mentale** (Knipscheer, Sleijpen, Mooren, ter Heide, et van der Aa, 2015). En outre, les obstacles à la communication entraînent un manque de connaissances et la confiance peut contribuer à une sous-utilisation, une baisse de la continuité des soins, une baisse de la satisfaction et un moindre taux de réussite du traitement. (Mangrio & Forss, 2017) .

En outre, dans de nombreux pays d'Europe de l'Est, la **plus grande minorité ethnique de l'UE** n'a pas un accès (suffisant) aux services de santé en raison de discriminations structurelles. L'existence d'une discrimination institutionnelle en Roumanie, par exemple, a récemment été corroborée par la Cour européenne des droits de l'homme (ERRC, 2019). Le deuxième rapport de l'Union européenne sur les minorités et la discrimination (FRA, 2017) observe que les répondants Roms connaissent en effet des taux les plus élevés de discrimination dans l'accès à la santé par rapport aux autres minorités nationales et ethniques. Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Grèce, en Roumanie, en Slovaquie et en Croatie⁶.

Le rapport du PASR (2012) identifie trois principaux types d'obstacles aux services de santé pour les Roms : les obstacles administratifs (absence de droit), les obstacles liés à l'orientation vers le système de santé (continuité des soins et recherche des services appropriés) et le manque d'accès aux informations. L'étude du PASR conclut en outre que la pauvreté, la ségrégation, le faible accès à l'éducation, à l'emploi et aux services de santé sont des facteurs de risque importants qui

⁶ Hormis 10 % des personnes interrogées d'origine turque aux Pays-Bas et 9 % des personnes interrogées d'origine sud-asiatique en Grèce, aucun autre groupe n'a indiqué avoir été victime de discrimination dans l'accès aux services de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

contribuent à la toxicomanie dans les six communautés Roms étudiées en Italie, Bulgarie, Roumanie, Espagne, Slovénie et France.

3. Taux de prévalence de la consommation de substances auprès des migrants et minorités ethniques dans l'UE et en Belgique

Notre analyse des rapports nationaux sur les drogues Reitox (2014 et 2017) montre que dans les pays de l'UE-28, les populations de MEM suivantes ont été identifiées comme nécessitant une attention particulière dans le traitement des drogues : Roms dans la plupart des Etats membres d'Europe centrale, orientale et baltique, anciens ressortissants de l'URSS dans les pays voisins et d'autres pays de l'UE, non-nationaux dans la plupart des Etats membres du Nord et de l'Ouest. Les États membres du Nord et de l'Ouest de l'UE ne se sont pas concentrés sur les migrations intra-européennes, y compris les Roms, ni sur les réfugiés (sans papiers). C'est surprenant, car ces populations ont augmenté au cours de la dernière décennie.

En ce qui concerne la prévalence de la consommation de substances, peu d'études ont été menées en Europe (Priebe, Giacco et El-Nagib, 2016). Horyniak a constaté que les estimations de la prévalence de la consommation dangereuse/nocive d'alcool variaient de 17 % à 36 % dans les camps et de 4 % à 7 % dans les communautés et que le **sexe masculin, l'exposition aux traumatismes et les symptômes de maladie mentale** étaient souvent associés à la consommation de substances (Horyniak et al., 2016, p.1). Bogic et ses collaborateurs (2012) ont à leur tour constaté des différences importantes entre les pays : 11,8 % des réfugiés en Allemagne souffraient d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres drogues, comparativement à 1,7 % en Angleterre et à 0,7 % en Italie ; 4,7 % des réfugiés en Allemagne étaient alcooliques, comparativement à 0,7 % en Angleterre et à 0,3 % en Italie.

Bogic et ses collègues (2012) suggèrent que les habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent être influencées par les normes sociales du pays d'accueil et cette hypothèse est corroborée par Priebe et al (2016). Une étude suédoise a révélé à son tour, dans une cohorte nationale de 43 403 réfugiés et leurs familles, que les taux de distribution de psychotropes dans les populations de réfugiés nouvellement installées étaient faibles, mais que ces taux augmentaient avec la durée plus longue de la résidence (Brendler-Lindqvist, Norredam et Hjern, 2014). Cette tendance suggère des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale, une constatation qui a été corroborée dans des études ultérieures (Mangrio, Carlson, & Zdravkovic, 2018).

Un examen des recherches sur la consommation de substances par les Roms en République tchèque et en Slovaquie (Kajanová & Hajduchová, 2014), cité dans le rapport national de Czeque Reitox sur les drogues de 2013 (Mravčík et al., 2014) (voir ci-dessus), a montré que les substances les plus fréquemment utilisées dans les communautés étudiées étaient la buprénorphine, le cannabis, le toluène et autres substances inhalées, l'héroïne, la méthamphétamine, et d'autres substances.

Priebe et ses collègues (2016) - dans leur étude commandée par l'OMS - concluent que les taux de prévalence des troubles liés à la consommation de substances (y compris ceux liés à l'alcool) chez les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants irréguliers ont tendance à devenir similaires à ceux des populations des pays d'accueil avec le temps, même lorsqu'ils sont plus faibles (ou plus élevés) immédiatement après la migration.

En conclusion, on sait peu de choses sur les taux de prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues au sein de populations spécifiques de MEM. En outre, les enquêtes nationales sur la santé n'utilisent souvent pas d'indicateurs d'ethnicité ou de relations migratoires scientifiquement fiables. Même s'ils le font, les échantillons sont souvent de petite taille et non représentatifs, comme c'est le cas en Belgique. Il serait préférable de procéder à un échantillonnage délibéré et/ou à des enquêtes ciblées pour répondre à ce manque de connaissance.

4. Prévalence d'utilisation de substances auprès des migrants et minorités ethniques en Belgique

En Belgique aussi, la recherche sur la prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les migrants et les minorités ethniques est rare (Dauvrin et al., 2012 ; De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017 ; Derluyn et al., 2008). Lorant et ses collègues ont constaté qu'une proportion plus élevée de liens sociaux avec les non-migrants était associée à une consommation accrue de cannabis et d'alcool chez les adolescents issus de l'immigration. Cela semble étayer l'hypothèse selon laquelle les taux de prévalence pourraient être différents chez les premières générations, mais qu'avec le temps, ils deviendront semblables à la prévalence dans la population générale (Priebe, 2016). Berten (2016) a en outre constaté que, quel que soit le milieu de migration des étudiants, le fait de grandir dans une " famille très instruite " augmente le risque de consommation fréquente d'alcool.

Une étude a analysé la consommation d'alcool chez les répondants de l'Enquête sur la santé qui sont issus de l'immigration (première ou deuxième génération et origine migratoire occidentale ou non occidentale) (Van Roy, Vyncke, Piccardi, De Maesschalck, et Willems, 2018). Bien que la taille de l'échantillon soit relativement petite, la principale conclusion est que, parmi les membres de la première génération de migrants non occidentaux, la prévalence serait nettement inférieure comparés à celle des non migrants ainsi que celle la deuxième génération. En outre, les répondants de la première et de la deuxième génération occidentale ainsi que ceux issus de l'immigration non occidentale ont moins souvent consommé de l'alcool de façon excessive que les répondants "belges".

Nous n'avons pas trouvé d'autres enquêtes ou études publiées au cours de la dernière décennie (2009-2019) qui renseignent sur la prévalence de consommation de substances chez les personnes issues de l'immigration.

Indépendamment des taux de prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues au sein de populations spécifiques (ou les hypothèses à ce sujet), la **compréhension des mécanismes de risque est essentielle à la planification ciblée du traitement des populations MEM**. Dans une étude menée dans 23 pays européens, Missine et ses collègues (2012) ont constaté que les symptômes dépressifs de MEM sont plus fréquents que ceux des non-MEM. L'étude PADUMI (patterns of substance use among migrants and ethnic minorities, Belspo, DR/69) visait à comprendre qualitativement les habitudes de consommation de quatre sous-groupes: les personnes issues de l'immigration turque ou congolaise, le groupe plus large des personnes sans titre de séjour, réfugiés et demandeurs d'asile ainsi que les personnes issue de l'immigration d'Europe de l'Est.

Les principales **raisons de la consommation problématique d'alcool** et d'autres substances qui ont été identifiées chez les répondants d'Europe de l'Est et de Turquie sont des problèmes conjugaux et familiaux. Les répondants d'Europe de l'Est ont en outre signalé des problèmes financiers. Parmi les personnes sans-papier, les réfugiés et les demandeurs d'asile, l'insécurité autour du titre de séjour et les antécédents migratoires incertains ont été cités comme les principales causes de problèmes de toxicomanie (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017). En outre, tous les participants d'Europe de l'Est et de Turquie ont été confrontés à une discrimination (inter)ethnique (De Kock & Decorte, 2017). Enfin, l'étude a montré que les usagers turcs ayant des consommations problématiques avaient plus de difficultés à faire face aux problèmes d'identité liés à la stigmatisation et à l'ethnicité que les usagers récréatifs ayant les mêmes origines migratoires (De Kock, 2019c).

4. Migrants et minorités ethniques dans le traitement de la toxicomanie en Belgique

En ce qui concerne le traitement de la toxicomanie, nous partons de l'hypothèse que la présence de MEM dans le traitement de la toxicomanie devrait être égale ou approximative de leur présence dans la société en générale (Vanderplasschen, Colpaert, Lievens, & Broekaert, 2003). Ceci est justifié par des études qui indiquent que la prévalence des MEM se rapproche au fil du temps de celle de la population générale (Bogic et al, 2012 ; Priebe et al, 2016).

Une analyse de la présence de non-Belges dans le traitement flamand a révélé des différences majeures entre les types de traitement (Blomme, Colman, & De Kock, 2017). Les non-Belges européens sont moins présents dans les traitements résidentiels par rapport à leur part dans la population et par rapport au nombre de clients non européens en traitement. Une surreprésentation des ressortissants non belges dans les traitements ambulatoires de substitution à la méthadone a également été documentée. Une analyse complémentaire (De Kock, Blomme, & Antoine, en revue) dans ces mêmes données a révélé une forte association entre la nationalité d'une part et le type de service sollicité, le sexe et la situation du logement, d'autre part. Les épisodes de traitement impliquant des clients non nationaux se situaient plus souvent en ambulatoire par rapport aux Belges qui sollicitaient plus souvent et étaient orientés vers des services hospitaliers à seuil plus élevé.

L'écart documenté entre les sexes en Europe (une femme sur quatre sur cinq est une femme) (Montanari et al., 2011) dans le service de traitement était proportionnellement parlant plus important chez les patients issus de pays tiers que chez les Belges. Une comparaison entre des patients européens et ceux issus de pays tiers a montré que les paramètres socio-économiques des patients de pays tiers étaient moins élevés. Nous n'avons trouvé aucune étude belge concernant la satisfaction des clients MEM dans le traitement ou le maintien en traitement. En ce qui concerne l'orientation, les clients étrangers admis en 2012-2013 ont été moins souvent orientés par les médecins généralistes et les hôpitaux que les clients belges (De Kock et al., en revue). En outre, ils étaient plus souvent orientés par d'"autres" acteurs et se référaient eux-mêmes au traitement. Ces résultats ne différaient pas entre ressortissants européens et non européens. Ces résultats s'inscrivent dans le droit fil des analyses quantitatives exploratoires antérieures sur le traitement de la toxicomanie en Belgique (Derluyn et al., 2008).

L'étude PADUMI (voir ci-dessus, De Kock, Decorte, Schamp, et al. 2017) a montré que les types de services consultés différaient considérablement selon le milieu migratoire. Les personnes interrogées issues de l'immigration turque connaissaient et consultaient tous les services spécifiques

de traitement de la toxicomanie, tandis que le groupe des sans-papiers, des demandeurs d'asile et des réfugiés consultaient principalement le traitement de substitution ambulatoire à la méthadone. Les répondants d'Europe de l'Est de l'étude PADUMI ont principalement demandé de l'aide aux médecins généralistes, aux services d'urgence des hôpitaux, aux services sociaux publics mais aussi aux syndicats et aux mutuelles.

5. État de l'art et pièges du traitement de la toxicomanie en Flandre

Santé générale et présence dans le traitement

L'état de santé des personnes issues de l'immigration est moins documenté que dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et du logement en Flandre et en Belgique.

Noppe et ses collègues (2018) soulignent que, en Flandre, le nombre de personnes ayant une très mauvaise auto-évaluation de leur état de santé est plus élevé chez les ressortissants de pays tiers que chez les ressortissants de l'UE et les Belges. En outre, le nombre de personnes qui, pour des raisons financières, reportent les consultations de soins de santé est nettement plus élevé dans le groupe de ressortissants non communautaires en Flandre. Néanmoins, l'Enquête nationale sur la santé a un échantillon trop restreint pour éclairer les politiques et la recherche sur la prévalence de la consommation récréative et nocive de substances dans ces populations. Une étude des données de l'Enquête nationale sur la santé de 2013 a révélé que la taille des échantillons était trop petite pour que l'on puisse rendre compte de la consommation d'alcool chez les personnes issues de l'immigration (Van Roy et coll., 2018).

Dans le traitement flamand de la toxicomanie, on a observé une surreprésentation des non-Belges dans le traitement de substitution à la méthadone (15 % dans ce traitement, comparé à une population d'environ 7 %) en 2012 et 2013 (Blomme et al., 2017). Cette représentation considérable dans les MASS (COSM) flamands contraste avec une faible présence en crise (3,5 % et 5,8 % dans ces formes de traitement) et dans les services résidentiels (1,8 % en 2012 et 2,2 % en 2013). En outre, à l'exception des communautés thérapeutiques⁷, il y avait deux fois plus de personnes ayant une nationalité non européenne que de ressortissants de l'UE dans tous les types de traitement. En revanche, la grande majorité des non-Belges dans les statistiques démographiques 2012-2013 avaient une nationalité de l'UE, ce qui démontre donc une sous-représentation des nationalités européennes dans les traitements.

Les services de jour (c.-à-d. CSM) connaissaient une sous-représentation moins prononcée de cette population (6,10 % en 2012 et 5,3 % en 2013). En outre, cette différence était particulièrement marquée en Flandre mais persistait dans les autres régions belges (Blomme et al., 2017).

En 2016, le Département de la Santé (soins) et du Bien-être a publié une analyse politique concernant la diversité ethnique en matière de politique de bien-être, des soins de santé et de la famille en Flandre (Demeyer & Vandezande, 2016). L'analyse identifie un "clivage ethnique", ce qui signifie que la situation sociale des personnes issues de l'immigration est souvent pire que celle des personnes qui ne sont pas issues de l'immigration. Cela a été corroboré par notre analyse des

⁷ Communauté thérapeutique est définie ici comme un programme résidentiel de longue durée, dans un centre conventionné (INAMI), où le traitement thérapeutique et la vie en collectivité prends une place importante (cfr. Registration TDI dans un centre de revalidation INAMI pour toxicomanes – Rapport annuel 2012).

données sur le traitement de 2012-2013 qui s'intéressait à la situation socioéconomique, en particulier chez les ressortissants de pays tiers en traitement (De Kock et al., en revue). La principale réponse donnée par l'étude de Demeyer & Vandezande à la question " *quel est le cadre politique concernant la diversité ethnique dans les soins de santé et le bien-être ?* " était que les documents de politique démontrent une volonté de travailler sur la thématique mais que les objectifs concrets sont restés vagues.

L'analyse spécifique du domaine de la santé mentale a identifié que cette thématique est principalement abordée à travers des projets, ce qui entrave l'élaboration sur le long terme de politiques (Demeyer & Vandezande, 2016, p. 70). Cette analyse ne comprenait pas la " note conceptuelle sur le traitement de la toxicomanie " (*concept nota verslavingszorg*). Cependant, après avoir examiné ce document avec les mêmes mots clés que ceux utilisés par Demeyer & Vandezande⁸, nous concluons que cette note ne porte pas spécifiquement sur les migrants et les minorités ethniques dans le traitement de la toxicomanie, car aucun des mots clés n'est présent dans ce texte.

Comprendre les disparités dans le traitement des toxicomanies en Flandre

La recherche sur l'usage et le traitement des substances chez les MEM en Flandre semble être d'actualité, traitant des questions telles que l'usage de substances dans des populations spécifiques (Muys, 2010), le soutien aux membres de la famille MEM (Noens et al., 2010), les évaluations des besoins (Bekkers, 2019 ; El Osri, Häuser, Stevens, Swinnen, & Berdaï, 2012), les parcours de soins (Derluyn et al., 2008), les causes du problème de consommation (De Kock, Decorte, Schamp et al., 2017). Étant donné que ce domaine de recherche reste peu exploré et qu'il y a une absence de données sur la prévalence, nous pouvons à ce stade uniquement formuler des hypothèses pour expliquer la forte sous-représentation des non-nationaux dans les traitements résidentiels et leur surreprésentation dans les traitements ambulatoires à bas seuil (principalement les MASS/COSM).

Par la suite, nous avons mené des entretiens auprès de 14 professionnels de la santé (mentale) et des services de traitement de la toxicomanie afin de cerner les besoins et les défis pour accroître la portée, le suivi et l'accès aux services de traitement pour les MEM. Le but principal de ces entretiens était de comprendre les défis, les pièges et les " remèdes " ou pratiques existantes en matière de traitement de la toxicomanie des MEM, du point de vue du prestataire de soins et de la politique. La raison pour laquelle nous nous sommes concentrés sur les professionnels était l'orientation politique de ce projet et le fait que dans des recherches antérieures, nous nous étions concentrés sur les utilisateurs (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017). De plus, nous avons diffusé un sondage auprès des professionnels du traitement de la toxicomanie afin d'identifier les pratiques prometteuses visant à accroître la portée, le suivi et l'accès aux services de traitement pour les MEM.

Dans ce qui suit, nous nous concentrerons sur les résultats de ces entretiens, l'enquête en Flandre et la littérature disponible pour mieux comprendre les disparités au sein des services de traitement flamands.

La surreprésentation dans les centres ambulatoires s'explique par le fait que ce sont des services à faible seuil et n'exigent souvent pas qu'un client ait un numéro de sécurité sociale. En ce qui

⁸ diversiteit' -'etni*' -'cultu*' -'allocht*' -'minderhe*' -'buitenland' -'vreemdeling' -'migr*' -'herkomst'-'afkomst' -'kleur'.

concerne la sous-représentation des nationalités de l'UE (en particulier) dans les services résidentiels, l'hypothèse selon laquelle les usagers européens ayant une consommation problématique utiliseraient les services résidentiels dans leur pays d'origine est peu probable étant donné que de nombreux pays de l'UE à faible revenu ont un éventail plus restreint de services et/ou des politiques plus restrictives qu'en Flandre. La cause se trouve plus probablement au niveau comportements individuels (de recherche de soins) que dans le système de santé flamand, étant donné que la sous-représentation est moins prononcée à Bruxelles et en Wallonie.

En ce qui concerne l'accès, nous avons identifié quatre raisons qui contribuent à la sous-représentation des non-nationaux dans les traitements résidentiels. Premièrement, les personnes interrogées ont souligné que la langue est un critère d'exclusion dans la plupart des usagers de traitement résidentiels, ce qui constitue une hypothèse valable pour expliquer la sous-représentation des non-nationaux dans ces services. Deuxièmement, nous avons constaté dans les données du TDI 2012-2013 que les non-nationaux étaient moins souvent orientés par les professionnels que les clients " belges ", alors que les études qualitatives indiquent que ces populations auront plutôt recours à un omnipraticien ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues (De Kock, Decorte, Schamp, et al., 2017). Troisièmement, Noppe et ses collaborateurs (2018) ont souligné qu'en Flandre, le nombre de personnes qui reportent leur traitement pour des raisons financières est plus élevé parmi le groupe des ressortissants de pays tiers que parmi les Belges, ce qui pourrait expliquer en partie la sous-représentation dans le traitement résidentiel. Quatrièmement, Mortier (2017) a constaté que les détenus d'origine turque et marocaine étaient moins souvent orientés vers un traitement résidentiel que les Belges.

De plus, le caractère sélectif des services résidentiels devrait être souligné parce qu'il contribue à réduire l'accessibilité formelle. Les 11 organisations du système de soins officiellement reconnues par l'INAMI comme étant des " services spécifiques du système de soins " offrent des soins résidentiels (outre certains soins ambulatoires) et sont axées sur la " revalidation ". Par la suite, ils ont une population cible clairement délimitée (ce qui est motivé) parce qu'ils offrent des interventions thérapeutiques et pédagogiques, en collaboration avec d'autres secteurs et dans une perspective axée sur le rétablissement (VVBV, 2018).

De plus, les interviews et l'enquête montrent que les efforts actuels à l'égard des MEM (sous-populations) visent principalement à accroître l'accès aux services et à rejoindre ces populations, tandis que le suivi (qualité des services et résultats des traitements) est moins une priorité. Un seul répondant à l'enquête a indiqué que la mise en œuvre d'une politique de diversité à l'échelle du service avait accru le suivi des clients issus de l'immigration turque. Deux études (Derluyn, 2008 ; Mortier, 2017) ont souligné que le taux de décrochage est plus élevé chez certaines (sous)populations. Cela signifie qu'il est justifié de poursuivre les recherches sur la qualité des services et sur les raisons de l'abandon de traitement.

En ce qui concerne l'accès aux centres de traitement, la connaissance des services disponibles dans des (sous)populations spécifiques s'est avérée inévitablement aussi jouer un rôle. D'après les résultats de nos entretiens et de cette enquête ainsi que les résultats de recherches antérieures (De Kock, Decorte et coll., 2016), l'hypothèse selon laquelle il existe un décalage entre les besoins et l'offre de traitement mérite un examen plus approfondi.

Cette " inadéquation " entre les besoins de traitement et le traitement disponible devrait faire l'objet d'une évaluation critique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des participants aux entretiens font remarquer que la langue est un critère d'exclusion dans la plupart

des services résidentiels, ce qui soulève des questions sur le focus actuellement mis sur les thérapies par la parole, par rapport au traitement communautaire et au traitement systémique. C'est le cas non seulement pour le traitement en résidentiel, mais aussi dans les centres de soins de santé mentale. Mener des recherches sur la faisabilité de créer d'autres milieux de traitement (avec des méthodes moins axées sur la parole) est conseillé.

Au niveau micro des clients, les participants aux entretiens ont noté que la première question qui leur est adressée est souvent une **question contextuelle** (de la famille) et/ou que la question "centrale" est **dissimulée sous une autre demande d'aide** (p. ex. dépression) et que la personne est dirigée vers un service qui n'est pas particulièrement lié au traitement de la toxicomanie. De plus, les conséquences des traumatismes et des sentiments d'exclusion peuvent potentiellement contribuer à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, selon les recherches antérieures et les personnes interrogées dans le cadre de la présente étude.

De plus, environ la moitié des participants à l'enquête ont déclaré être des travailleurs en santé mentale, ce qui laisse entendre qu'il existe un grand potentiel d'échange d'expertise entre les services de prise en charge de la toxicomanie et les travailleurs en santé mentale. En outre, en ce qui concerne **la langue**, les services qui font régulièrement appel à des traducteurs et à des médiateurs interculturels se heurtent à des **obstacles financiers, administratifs et organisationnels**. Ces mêmes obstacles (administratifs, organisationnels) sont identifiés comme une des principales raisons expliquant le non-recours à ces services.

Au niveau méso du prestataire de soins, les participants aux entretiens ont noté que **la confiance, les soins axés sur le client, l'ouverture, l'authenticité et la réflexivité** sont essentiels au succès du soutien des clients (MEM). Toutefois, avoir et mettre en pratique ces compétences doivent être précédées de conditions préalables au **niveau organisationnel et politique**, telles que la disponibilité de formations et la réduction des temps d'attente.

Au niveau des services de prise en charge de la toxicomanie et d'autres services, les recherches antérieures (Noens, 2010, El Osri et al. 2012, Sacré, 2010) et les données empiriques de cette enquête incitent à mettre davantage l'accent sur le rayonnement et **le réseautage entre services** de prise en charge de la toxicomanie. Comme l'ont mentionné les répondants à l'enquête et comme l'ont montré les recherches internationales (c.-à-d. Guerrero et coll. 2017), ce changement de perspective exige un **leadership qui se montre positif face à ces changements**.

Au niveau de la politique fédérale et flamande, les personnes interrogées ont identifié les initiatives suivantes comme pertinentes pour les services de prise en charge pour les MEM : le droit aux soins médicaux urgents (AMU), le droit à un soutien psychosocial pour les réfugiés en procédure d'asile, les psychologues de première ligne, le projet 'réfugiés et asile' et le soutien à 'l'antenne de soins de santé mentale' et l'opérationnalisation de l'article 107 de la loi hospitalière. Si l'intention derrière l'édiction de ces mesures est applaudie, leur mise en œuvre semble se heurter à de nombreuses difficultés (voir les [recommandations au niveau belge / fédéral](#)).

En conclusion, nous pouvons affirmer que la combinaison de la perspective écosociale avec la perspective intersectionnelle (De Kock, 2020b; Krieger, 2014) nous a permis d'identifier que les barrières ne sont pas à un niveau ou à l'autre (micro méso) macro (voir par exemple Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen et Dekker, 2006). Les listes d'attente, par exemple, sont le résultat d'un manque de financement (méso-macro), et à leur tour, le fait que les services se sentent incapables de se concentrer sur l'attraction de nouveaux groupes cibles tels que le MEM. Un

manque de financement au niveau politique se traduit donc par un sentiment d'incapacité au niveau organisationnel.

Nous notons également que les clients (potentiels) peuvent ne pas parler la langue - un obstacle individuel - mais que les professionnels et les services sont souvent réticents à travailler avec eux (micro-méso) parce qu'ils ont une expertise et / ou des ressources insuffisantes. Dans ce cas également, la barrière se situe non seulement au niveau micro du client, mais la nature de la barrière de la langue consiste en une interaction complexe de facteurs d'influence (limitations, choix politiques) aux niveaux micro, méso et macro. Il en va de même pour la "confiance" mentionnée ci-dessus. On dit souvent que les clients MEM ont moins confiance dans les prestataires de soins, mais le cadre plus large de la raison de cela n'est pas suffisamment remis en question (expériences dans les soins de santé et la société en général). En voyant ces problèmes «individualisés» dans un contexte plus large, une solution est immédiatement mise au point

6. Le point de vue des professionnels du traitement à Bruxelles et en Wallonie

Il existe très peu de recherches fondées sur des données probantes concernant le traitement de la toxicomanie chez MEM en Wallonie et à Bruxelles. Les recherches existantes se concentrent principalement sur l'accès (plus général) aux soins de santé et aux professionnels de santé.

La littérature académique montre cependant que les professionnels de soins de santé à Bruxelles et en Wallonie sont de plus en plus confrontés à des situations interculturelles (M. Dauvin et Lorant 2016). La prise en charge de patients issus de l'immigration, comme le suggère une étude sur les professionnels de la santé mentale, pose différents défis tels que les barrières linguistiques, les différents systèmes de croyances, les expériences culturelles et les expériences traumatiques antérieures (Sandhu et al. 2013). Malgré cela, il semble que les **professionnels de la santé ne se considèrent pas systématiquement responsables de l'adaptation culturelle aux patients** (Marie Dauvin et Lorant 2014).

La littérature grise francophone sur l'usage et le traitement de la toxicomanie par les MEM est rare : cette littérature met principalement l'accent sur la précarité des migrants plutôt que sur leur origine migratoire ou leur nationalité. Les personnes issues de l'immigration font l'objet d'attention en tant que populations vulnérables qu'en raison de leurs origines migratoires. Cela concorde avec les résultats de nos entretiens : nos répondants et les pratiques qu'ils ont mises en œuvre ne ciblent pas spécifiquement les MEM parce qu'ils sont issus de la migration mais parce qu'ils sont considérés comme un groupe très vulnérable.

Lorsqu'il s'agit du traitement de la toxicomanie pour les MEM, il semble que les utilisateurs de drogue MEM soient en même temps sur- et sous-représentés, comparés à leur présence dans la population en général. **En Wallonie et à Bruxelles, les non-Belges sont surreprésentés dans les centres d'accueil psychomédicaux (MASS/COSM).** En Wallonie, il y a beaucoup d'étrangers dans les MASS (21,8% contre une présence dans la population de 9,7% en 2012). Cette surreprésentation contraste avec la représentation de MEM dans d'autres types de services, à l'exception des communautés thérapeutiques : 6,2% dans les services ambulatoires, 11,5% dans les communautés thérapeutiques et 15,1% dans les services de crise en 2012.

A Bruxelles aussi, il y a une surreprésentation des non-nationaux (belges) dans les centres d'accueil médico-sociaux : 72% de demandes de traitement portait sur des non-Belges en 2012 et 68,3% en

2013, contre une représentation de 32,5% (en 2012) et 33% (en 2013) dans la population de Bruxelles. Ceci contraste avec leur faible présence dans les autres services : les non-Belges étaient 20,2% (en 2012) et 28,1% (en 2013) dans les services résidentiels, 20,3% en 2012 et 20,6% dans les services ambulatoires et 18,9% en 2012 et 31,5% en 2013 dans les services de crise (Blomme, Colman, et De Kock 2017).

Compte tenu du peu de littérature existante sur le traitement de la toxicomanie, nous ne pouvons formuler que des hypothèses pour expliquer la forte surreprésentation des étrangers dans les traitements ambulatoires à bas seuil (principalement les MASS) à Bruxelles et leur sous-représentation dans les autres services. Premièrement, la littérature existante met en lumière la **stigmatisation et le tabou qui entourent les problèmes de drogue** dans les communautés de migrants (Sacré, Daumas, et Hogge 2010 ; De Kock et al. 2016). Les personnes issues de l'immigration pourraient éviter de passer du temps à l'extérieur de la maison et d'avoir ainsi à expliquer à leurs proches pourquoi elles l'ont fait. Par conséquent, ils préféreront peut-être chercher de l'aide dans des centres de jour ou se rendre dans un service ambulatoire à seuil bas.

Deuxièmement, **les MASS adoptent souvent une politique d'accès inconditionnel** (c.-à-d. qu'ils n'exigent pas que les patients aient un numéro de sécurité sociale). Cette politique d'accès inconditionnel est peut-être un facteur clé expliquant la surreprésentation de MEM dans les MASS à Bruxelles puisque cette ville rassemble une population migrante qui a des difficultés à accéder aux soins de santé. Selon la littérature grise, Bruxelles a réuni en 2009 plus de la moitié des bénéficiaires de l'aide médicale urgente (AMU), la procédure qui finance les soins de santé aux personnes en séjour irrégulier. Bruxelles accueille 13.426 des 23.360 bénéficiaires de l'AMU en Belgique (FAMGB 2013).

En Wallonie, la situation est légèrement différente de celle de Bruxelles : les non-Belges sont sous-représentés dans les centres de jour (6,2% en 2012) mais il y a une légère surreprésentation dans les communautés thérapeutiques (11,5% en 2012) et les services de crise (15,1% en 2012). Cela pourrait être dû à des raisons géographiques : Bruxelles est une ville-région où tous les services sont (relativement) proches les uns des autres alors que la Wallonie couvre un territoire plus vaste (CRESAM asbl 2015). Comme l'ont souligné nos répondants, l'usager de drogue MEM peut être dissuadé de voyager sur de longues distances pour se rendre dans un service ambulatoire (Fédito-Wallonne, 2019).

En outre, les entretiens et l'enquête montrent que les efforts actuels en faveur des populations MEM se concentrent principalement sur **l'amélioration de l'accès aux services et sur la nécessité d'atteindre ces populations**. Ceci rejoint le point de vue de plusieurs de nos répondants, selon ces derniers les consommateurs de drogue MEM ne devraient pas être traités différemment des autres consommateurs de drogue et l'enjeu est dès lors de les intégrer dans les services généralistes. L'attention se concentre alors sur l'accès plutôt que sur le suivi des MEM dans le traitement.

Les entretiens nous aident également à identifier les obstacles suivants auxquels sont confrontés les consommateurs de drogue MEM et pourraient expliquer pourquoi ils sont surreprésentés dans les services à bas seuil, par rapport à leur présence dans la population générale en Wallonie et à Bruxelles

Au niveau micro des clients, les participants aux entretiens ont noté que la langue est un obstacle. Bien que de nombreux répondants soulignent qu'ils ont trouvé des solutions pour surmonter cet

obstacle, il semble qu'il y ait des attitudes différentes à l'égard de la question de la langue. Alors que les services à bas seuil semblent trouver des solutions créatives pour surmonter la barrière de la langue, les professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale se concentrent plutôt sur la qualité de la traduction et préfèrent donc travailler avec des interprètes professionnels de vivo, ce qui représente une surcharge administrative et complique l'accès au service en raison des exigences organisationnelles (prise de rendez-vous, temps d'attente, etc.). De plus, un répondant a mentionné que la barrière de la langue pourrait être un problème pour le traitement en résidentiel : lorsque les utilisateurs de drogue ne parlent pas français, cela crée parfois des tensions entre les résidents. **Ces différentes approches concernant la langue et les solutions apportées pourraient expliquer pourquoi les MEM, qui ont des difficultés à parler français, ont tendance à être surreprésentés dans les services à bas seuil où la traduction ne nécessite pas de procédures administratives et organisationnelles lourdes.**

De plus, nos répondants soulignent le niveau de précarité des utilisateurs de drogue MEM qu'ils mettent en lien avec la précarité du titre de séjour et les procédures administratives à effectuer pour accéder à la santé (i.e. difficulté d'accéder à l'aide médicale urgente). A cet égard, la politique d'accès inconditionnel adoptée par les services à bas seuil (principalement MASS / MSOC) pourrait être un facteur expliquant la surreprésentation de MEM dans ces services.

Au niveau du prestataire de soins, les participants aux entretiens ont noté que la **confiance** est essentielle pour accompagner avec succès les utilisateurs de drogue (MEM). Ces derniers souffrent **de discrimination, de violence administrative et, parfois, de traumatismes**. Cependant, selon la littérature (Marie Dauvin et Vincent Lorant, 2014), les compétences nécessaires pour traiter les migrants, telles que la **sensibilité culturelle**, ne sont pas jugées essentielles par de nombreux professionnels de la santé. Nos entretiens suggèrent que les **professionnels développent ces compétences davantage à travers leurs pratiques quotidiennes que par le biais d'un soutien organisationnel** (c'est-à-dire la formation).

Par conséquent, nous suggérons que les travailleurs de première ligne des services à bas seuil (principalement MASS) sont plus enclins à développer de telles compétences, puisqu'ils sont principalement en contact avec des populations non belges (Blomme, Colman, et De Kock 2017). Dans le même ordre d'idées, les professionnels travaillant dans d'autres services, confrontés à moins d'utilisateurs de drogue MEM, pourraient ne pas (ou dans une moindre mesure) développer de telles compétences. En conséquence, MEM pourrait avoir tendance à rester dans les services à seuil bas, qui de par leurs pratiques seraient amenés à développer les conséquences nécessaires pour les accueillir.

Au niveau du SUT et d'autres services, de nombreux répondants ont soulevé le manque de financement pour répondre efficacement aux besoins spécifiques des utilisateurs de substances MEM. Ce **manque de ressources (financières et humaines)** comporte plusieurs dimensions. Certains de nos répondants ont estimé que le manque de moyens pour mettre en œuvre des programmes ou des initiatives à long terme compromettrait leur travail. D'autres répondants soulignent que les conditions de travail actuelles favorisent les stéréotypes parmi les travailleurs dans leurs contacts avec les migrants. Cela est conforme à ce que les chercheurs qui étudient les travailleurs de première ligne travaillant dans les administrations ont décrit : **en raison d'un manque de ressources, les travailleurs de première ligne ont tendance à catégoriser le public et, sur cette base, à traiter**

les clients qu'ils jugent prioritaires ou plus « méritants » (Lipsky 2010). Cette littérature nous apprend que les pratiques mises en place par les travailleurs pour faire face au manque de moyen ont pour conséquence un niveau élevé de discrétion, ce qui pourrait être le cas en ce qui concerne la prestation et l'accessibilité des soins de santé. Comme l'ont décrit nos répondants, les utilisateurs de drogue MEM sont souvent victimes de divers stéréotypes et sont étiquetés comme des **patients "difficiles"** par les services. Ceci peut potentiellement expliquer pourquoi les utilisateurs de drogue MEM sont sous-représentés dans certains services.

Au niveau des politiques, les personnes interrogées soulignent **l'écart entre, d'une part, la tentative fédérale d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les utilisateurs de drogue migrants et, d'autre part, le caractère restrictif de la politique migratoire fédérale**. Une politique migratoire restrictive rend plus difficile l'accès aux droits par les groupes cibles (ici les migrants), y compris le droit aux soins de santé. C'est le cas le plus frappant pour les migrants en transit et les migrants sans papiers.

Enfin, à l'instar de la Région flamande, la présence de non-Belges qui ne sont pas issus d'un pays de l'UE dans les services de traitement de la toxicomanie est deux fois plus grande que celle des ressortissants de l'UE, à Bruxelles et en Wallonie (Blomme, Colman, et De Kock 2017). Dans nos entretiens également, **les ressortissants de l'UE semblent être une population invisible**: nos répondants nous ont peu parlé de la présence de personnes issues de l'UE dans leurs services. Nos entretiens se sont principalement concentrés sur les demandeurs d'asile, les personnes sans-papiers et les consommateurs de drogue d'origine nord-africaine. L'un de nos répondants a soulevé le fait que les citoyens européens à Bruxelles et en Wallonie sont souvent des travailleurs détachés. Selon ce répondant, il est très difficile d'atteindre ces populations puisqu'elles sont très mobiles. En raison de leur faible intégration dans la vie quotidienne et du peu de temps qu'ils passent en Belgique, les services tendent à moins développer des projets visant à atteindre ces populations ou à faciliter leur accès.

7. Des pratiques inspirantes pour accroître la portée, la suivi et l'accès dans l'UE et en Belgique

Il existe très peu de recherches fondées sur des données probantes concernant le traitement de la toxicomanie pour les MEM. Certains soutiennent que les politiques en matière de drogue sont trop souvent fondées sur *" un régime axé sur l'éducation à des fins de prévention auprès des adolescents, sur l'information en matière de santé publique destinée aux adolescents et sur des ressources de traitement visant principalement sur les hommes et les utilisateurs problématiques de drogue qui ne sont pas parents "* (Measham, Williams, & Aldridge, 2011).

Dans le domaine de la santé mentale, Sempertégui et ses collègues (2018), par exemple, ont constaté qu'il n'existe aucune preuve solide de l'efficacité des interventions existantes pour les immigrants turcs et marocains présentant des symptômes dépressifs. Ils concluent par la suite qu'il faut des interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes et adaptées à la culture. Priebe (2016) note à son tour que dans le domaine de la santé mentale

"aucune étude sur l'efficacité des bonnes pratiques par rapport à d'autres interventions ou aux soins standard n'a été trouvée. Par conséquent, les données existantes ne fournissent pas encore de données probantes de haute qualité sur l'efficacité clinique et la rentabilité des modèles de services dans la mise en œuvre des composantes des bonnes pratiques. "" (p. 20).

De même, une étude récente révèle qu'il n'existe aucune preuve de l'efficacité de la mise en œuvre de "compétences culturelles" dans le traitement de la toxicomanie en vue de réduire les disparités structurelles et les services. (De Kock, 2019a).

Dans le domaine du traitement de la toxicomanie, Kane et ses collègues (2018), dans une étude commandée par l'UNHR, ont identifié le dépistage et les interventions brèves, par exemple dans les camps et autres centres d'asile, comme des instruments de prévention et de traitement efficient pour les réfugiés, bien que les preuves de leur efficacité semblent mitigées. Cependant, cet examen n'a pas permis de trouver de telles interventions évaluées sur le continent européen. Ils ont conclu qu'il y a une mise en garde claire dans la documentation universitaire et non publiée concernant les approches de prévention et de traitement de la toxicomanie chez les réfugiés.

En avril 2019, nous avons mené une enquête pour identifier les pratiques de traitement de l'usage de substances (connexes) dans le but d'accroître la portée et le suivi ou l'accès des MEM au service de traitement de la toxicomanie dans les États membres de l'UE-28. L'enquête comportait des critères d'inclusion généraux et a permis de recenser 34 pratiques. Dix-sept pratiques ont été identifiées dans 12 États membres, 12 au Portugal et cinq en Tchéquie. Une seule des pratiques au Portugal vise spécifiquement les consommateurs de drogues non nationaux, tandis que les autres pratiques se situent principalement dans le cadre de la politique nationale de traitement de la toxicomanie, largement axée sur les populations vulnérables de consommateurs.

En raison de la diversité des réponses à l'enquête, il a été difficile de discerner les tendances dans les réponses. Néanmoins, des questions intéressantes ont été soulevées. Les pratiques dans les 12 États membres et en Tchéquie se concentrent principalement sur les réfugiés reconnus, les demandeurs d'asile et, dans une moindre mesure, les migrants intra-européens, les personnes sans-papiers ou en situation irrégulière, ainsi que les personnes issues des deuxièmes et troisièmes générations. Trois répondants ont précisé que leur pratique s'adressait aux travailleurs du sexe, aux voyageurs irlandais, aux victimes de guerre de première et de deuxième génération. Au moins 20 des 34 pratiques se situaient dans le domaine de la réduction de risques et beaucoup moins dans celui de la prévention et du traitement. L'accès et la portée des populations étaient les principaux objectifs de ces pratiques, alors que la rétention n'était que l'objectif de six pratiques.

En ce qui concerne la qualité de l'évaluation, environ la moitié des répondants affirment que la pratique n'a pas (encore) été évaluée ou qu'ils ne sont pas au courant de son évaluation. L'autre moitié indique qu'elle a des résultats positifs, précisant que les résultats sont principalement le fait d'atteindre ces populations. Aucun des répondants ne fait référence à des rapports ou à des études d'évaluation lorsqu'il fait état de ces résultats.

Nous avons conclu de ces résultats qu'il semble y avoir un manque au niveau de la recherche et du traitement dans le cas d'un traitement résidentiel à seuil plus élevé. En outre, les planificateurs des services de santé et les responsables des politiques en matière de drogues devraient réfléchir à la façon de répondre aux besoins des non-ressortissants qui ont besoin d'autres traitements que le traitement de substitution. Une voie intéressante pour l'avenir pourrait être d'explorer le transfert de connaissances et d'expertise entre les services de seuil inférieur et supérieur (c.-à-d. les services d'approche et les services linguistiques). (voir les recommandations au [niveau organisationnel du traitement de la toxicomanie](#) et au [niveau régional](#) ci-dessous).

Pour un guide pratique des pratiques prometteuses nous référons vers le Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues' (disponible en ligne par le biais www.belspo.be et en format livre auprès de www.gompel-svacina.eu).

Recommandations

Le rapport de l'OMS nous alerte sur la nécessité de "*promouvoir des politiques de santé et des systèmes de santé et des programmes d'intervention centrés sur les personnes, tenant compte des besoins des femmes, des réfugiés et des migrants*" (2018, p. 12). En outre, une étude de la littérature européenne sur la consommation de substances et l'accès aux services de traitement de la toxicomanie chez les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés a conclu que les **politiques antidrogue de l'UE ne visent pas spécifiquement les migrants** et/ou les demandeurs d'asile et que l'abus de substances ne constitue pas une priorité en matière de soins médicaux aux nouveaux arrivants (Lemmens et al., 2017). En outre, il est de plus en plus reconnu qu'il est nécessaire d'intégrer - de manière structurelle - les mesures prises dans les politiques et que les " bonnes pratiques " à elles seules ne suffiront pas à **surmonter les disparités de traitement** (Ingelby, 2009).

Au cours de la dernière décennie, l'Organisation mondiale de la santé a été à l'avant-garde de la sensibilisation des gouvernements concernant la santé des migrants et des minorités ethniques et la nécessité d'adapter leur système de santé. Les [indicateurs KNOMAD de l'OCDE](#) peuvent être utilisés pour évaluer la pertinence du système national de santé pour ces populations.

Au niveau européen, plusieurs projets visent à surveiller et à améliorer la santé des migrants (et les services): ADAPT, AMAC, CLANDESTINO, EQUI-HEALTH, EUGATE, HOME, MIGHEALTHNET, NOWHERECARE, PROMO, QUALICOPT, RESTOR, SRAP. Malheureusement, les résultats de bon nombre de ces projets ne sont pas rendus publics dans leur intégralité et il n'est pas certain que les recommandations aient été mises en œuvre. En outre, peu ou pas de ces projets (à part le SRAP) se concentraient spécifiquement sur le traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les MEM, mais plutôt sur des questions plus larges de santé.

Dans les rapports internationaux consultés, nous n'avons trouvé que deux projets de recherche européens financés par l'État qui étaient spécifiquement liés au traitement de la toxicomanie chez les populations MEM (Stöver, 2018 ; Ostergard, 2019). En Belgique et en Flandre, de nombreux rapports formulent des recommandations concernant l'accessibilité du traitement de la toxicomanie, l'accessibilité des soins de santé en général et l'amélioration des secteurs.

Les manquements existants dans le système de santé, le traitement de la toxicomanie et le secteur de la santé mentale se cristallisent souvent au sein de populations particulièrement vulnérables comme les MEM. Par conséquent, outre les recommandations faites sur base de notre recherche documentaire (européenne), de nos enquêtes et nos entretiens avec les professionnels, nous élaborons également des recommandations sur base des autres projets de recherche mentionnés ci-dessus. À la suite de notre question de recherche, nous nous concentrons sur les recommandations visant à accroître la portée du traitement de la toxicomanie ainsi que le suivi et l'accessibilité des migrants et des minorités ethniques.

Concentrer sur le traitement de la toxicomanie pour les MEM



Figure 2 : Trois objectifs en se concentrant sur le traitement de la toxicomanie chez les migrants et les minorités ethniques

Au niveau belge / fédéral

Comme l'a souligné le Centre belge de connaissances sur les soins de santé (KCE) (Devos et al., 2019), le concept de performance d'un système de santé est implicitement lié à la réalisation d'objectifs. En l'absence d'objectifs quantifiables, les rapports (c.-à-d. le rapport KCE et les rapports sur les drogues) se limitent souvent à décrire une situation et à comparer les tendances. Le rapport du KCE recommande dès lors :

"Les décideurs politiques devraient veiller à ce que les objectifs en matière de santé (système) soient définis en consultation avec les parties prenantes (les stakeholders) ; ces objectifs doivent être mesurables, doivent fixer des délais dans lesquels ces objectifs doivent être atteints et doivent désigner des organisations responsables. Des objectifs quantifiés devraient être proposés en même temps que des objectifs spécifiques."

1. Enregistrement et traitement des indicateurs liés à la migration dans le traitement de la toxicomanie

Les relations d'inégalité (c.-à-d. sous-/surreprésentation dans le traitement ou prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues) représentées par catégories (c.-à-d. origine migratoire) sont la *raison d'être de l'épidémiologie sociale*. Pour ce type d'étude, la nature des données épidémiologiques devrait permettre une analyse au niveau de la population, une analyse inter-catégorique (comparaisons de groupes) et une analyse intra-catégorique (en groupe) pour identifier, comprendre et agir sur les disparités en santé (Wemrell, Merlo, Mulinari et Hornborg, 2016 ; Wemrell, Mulinari et Merlo, 2017). **L'enregistrement et la disponibilité de plusieurs indicateurs d'origines migratoires comparables, conformes au GDPR, est donc une condition préalable essentielle pour permettre ce type d'analyse et pour mettre en place des actions positives** (Rallu, Piché, & Simon, 2004 ; Van Caeneghem, 2019).

En Belgique, cependant, les réformes étatiques (régionalisation) et les changements de paradigmes ultérieurs dans le domaine de la santé (soins ascendants et communautaires) ont entraîné d'importantes limitations au niveau de la récolte de données qui entravent une mesure adéquate des performances (Devos et al., 2019). Ceci est illustré par la **multiplicité des systèmes d'enregistrement et des indicateurs liés à la migration que nous avons identifiés dans le domaine des services de traitement de la toxicomanie.**

Néanmoins, la directive européenne sur l'égalité de traitement conseille aux États membres de soutenir le monitoring des inégalités (2000/43/EG23). En outre, comme mentionné dans le Manuel Européen sur les données relatives à l'égalité (European Handbook on Equality Data) (Makkonen, 2016), les États membres européens sont supposé réglementer et soutenir la collecte et le traitement de ce type de données. Enfin, l'argument qui soutient la non-application de tels indicateurs au motif que les disparités liées à l'origine migratoire disparaissent lorsque des indicateurs économiques sont pris en compte s'est révélée être erronée (OMS, 2010b) et ne tient pas compte des biais potentiels dans le traitement qui entraînent des inégalités au niveau du traitement.

De plus, l'élaboration de politiques en matière de traitement de la toxicomanie repose idéalement sur des modèles à plusieurs niveaux (Ritter et coll., 2019) fondés sur diverses sources de données, dont un minimum de données sur la prévalence de la toxicomanie, les besoins de traitement et la demande, en plus des enquêtes ciblées et autres types de données.

- 1.1 **Affiner la définition des catégories de « données sensibles » (i.e. origine migratoire) en adéquation avec la législation de la protection de la vie privée** et créer des lignes directrices dans le domaine de la santé pour permettre un suivi politique axé sur l'équité à l'exemple du suivi socio-économique dans le domaine du travail (Keytsmans, Charlier, & Vanthuyne, 2017) (i.e. Data Protection Authority) (Goldblatt, 2016 ; Marmot, 2016; Farkas, 2017).
- 1.2 **Concerter entre tous les acteurs qui sont impliqués dans l'enregistrement de données dans l'aide liée à la toxicomanie afin de procéder à une harmonisation des indicateurs liés à l'origine migratoire et diminuer la charge administrative liée à l'enregistrement**
- 1.3 **Fournir des fonds** pour permettre l'analyse intersectionnelle, covariante et multi-indicateurs (Giritli Nygren & Olofsson, 2014 ; Makonnen, 2016) de l'indicateur de demande de traitement ainsi que les données de l'Enquête nationale sur la santé (Dauvrin et al., 2012) (c'est-à-dire FOD Volksgezondheid).
- 1.4 **Envisager d'autres échantillonnages ciblés** dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé ou mener une enquête ciblée auprès de personnes issues de l'immigration afin de permettre l'étude de la consommation (de la consommation nocive à la consommation récréative) de substances dans un échantillon représentatif de sujets ayant des antécédents de migration et des recherches subséquentes à indicateurs multiples. (Dauvrin et al., 2012)
- 1.5 **Amélioration de l'enregistrement (de la capacité d'analyse de) l'enregistrement des données relatives à la migration dans le protocole d'indicateur de la demande de traitement (c'est-à-dire Sciensano, CocofTDI).** Au moins inclure les propositions minimale (nationalité, lieu de naissance), moyenne (lieu de naissance de la mère et du père), approfondie (questions linguistiques : langue à domicile, langue véhiculaire et autres langues) comme déjà utilisés dans l'Enquête sur la Santé (De Kock, 2019b).

- 1.5.1 **Encourager les services d'enregistrement** à supprimer les catégories d'enregistrement plus anciennes (c'est-à-dire la division binaire entre l'Europe et les pays non européens) (Sciensano).
- 1.5.2 **Intégrer dans le protocole national du TDI des précisions visant** à identifier les disparités et à mettre en œuvre des actions politiques positives (c'est-à-dire à l'exemple du protocole britannique de 2018 sur le "National Drug Treatment Monitoring System") : "Public Health England existe pour protéger et améliorer la santé et le bien-être de la nation et réduire les inégalités en matière de santé en concertation entre Sciensano et SPF Santé Publique) (Rallu, 2004).⁹
- 1.5.3 Traduction de l'objet spécifique des indicateurs liés à l'origine migratoire dans le protocole en **procédures de "consentement éclairé "** à l'intention du professionnel chargé de l'inscription au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.
 - 1.5.4. Effectuer une **évaluation des facteurs relatifs à la vie privée** (comme l'exige le GDPR) (c.-à-d. fondée sur les travaux préparatoires du présent rapport) pour assurer la légalité de la collecte et du traitement des données (c.-à-d. les délégués à la protection des données et/ou en collaboration avec une expertise externe comme Infosentry).
 - 1.5.4 Envisager de créer des **identificateurs de TDI (pseudo) anonymisés uniques** pour permettre l'analyse multivariée des données TDI (comme le soutient KCE, 2019 dans d'autres ensembles de données relatives à la santé)¹⁰ sans porter atteinte au droit de pouvoir se présenter anonymement certains services de traitement de la toxicomanie (c'est-à-dire MASS / MSOC).

2. Offrir des soins de santé (mentale) et de toxicomanie accessibles aux réfugiés

En ce qui concerne les initiatives fédérales, les répondants à nos entretiens ont applaudi plusieurs initiatives organisées par le gouvernement fédéral, comme le recours à des médiateurs interculturels (Verrept, 2019), le droit à des soins médicaux d'urgence et le droit à la santé mentale pour les réfugiés en attente de décision. Ils ont également formulé des recommandations visant à accroître l'accès des réfugiés à des traitements de santé (mentale) et de toxicomanie au niveau fédéral. Les résultats obtenus à Bruxelles et en Wallonie soulignent en particulier que l'accès à l'AMU est problématique. Similairement aux recommandations du KCE (Samenleving opbouw et al. 2012 ; Roberfroid et al. 2015), nous avons constaté que l'harmonisation de l'accès à l'AMU et l'octroi d'un soutien financier amélioreraient l'accès global au traitement pour les utilisateurs de drogue MEM sans papiers.

⁹ Élargir par la suite au niveau national le Protocole IDC 3.0 qui stipule que son but est d'"acquérir des connaissances sur les caractéristiques, les comportements à risque et les habitudes de consommation de drogues des personnes ayant des problèmes de drogue dans la communauté, et d'aider à estimer les tendances dans l'ampleur (prévalence et incidence) et les habitudes de consommation problématique de drogues".

¹⁰ L'absence d'un identifiant unique du patient ne permet pas le suivi du patient après son congé, et peu de données adéquates sont disponibles concernant les soins ambulatoires (KCE, 2019) Un identifiant unique du patient (UPI) doit être utilisé permettant de relier les données RHM - MZG et RPM --MPG aux données de mortalité du Registre national des personnes physiques dans le plus grand respect de la confidentialité des données individuelles. L'UPI permet de suivre les patients après leur sortie de l'hôpital dans l'ensemble du système de santé. L'établissement d'un lien avec les données sur la mortalité et le suivi après le congé permettrait de calculer un certain nombre d'indicateurs de qualité internationaux, qui ne peuvent être calculés pour l'instant.

- 2.1 **Coordonner les niveaux fédéral, régional, communautaire et communal** de gouvernance au moyen, par exemple, d'une conférence interministérielle sur l'état de la santé (mentale) des migrants, y compris les compétences en santé mentale et en traitement de la toxicomanie (Dauvrin et al., 2012).
- 2.2 Renforcer le **droit aux soins de santé mentale pour les réfugiés** en attente d'une décision sur leur demande d'asile (FedAsil) :
 - 2.2.1 Faciliter l'**accélération des procédures** (suivi et orientation) pour les demandes d'aide psychosociale des réfugiés en attente de la décision sur leur demande d'asile ;
 - 2.2.2 Intégration structurelle d'**initiatives de prévention de la toxicomanie et d'intervention précoce** dans les centres d'asile comme mesure de prévention rentable (Kane & Greene, 2017) ;
 - 2.2.3 Offrir aux réfugiés une plus grande marge de manœuvre **pour choisir leur prestataire de soin** parce que la confiance en ce dernier est la clé de l'établissement d'une relation de confiance (Meddimigrant) ;
 - 2.2.4 Répondre aux besoins sociaux (éducation, réseau social, sport, etc.) des demandeurs d'asile car deux tiers des migrants déclarent que ces besoins ne sont pas satisfaits et que cela a des conséquences directes sur la santé mentale (Abbas et al., 2018).
- 2.3 **L'amélioration des conditions de vie dans les centres d'asile aura un** impact positif sur la santé mentale des demandeurs d'asile. (Knipscheer et al., 2015 ; Kubal, 2014)
- 2.4 **La diffusion de l'expertise et du rôle de médiateurs (fédéraux)** auprès des régions (Flandre, Bruxelles, Wallonie) pourrait améliorer la qualité des soins de santé mentale et du traitement de la toxicomanie
- 2.5 **Soutien** de l'Agence fédérale pour l'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile (FEDASIL) pour la **formation spécifique des professionnels de santé** (Marie Dauvrin et al. 2012, 5).
- 2.6 En ce qui concerne le **droit aux soins médicaux d'urgence**, les personnes sans permis de séjour, en particulier celles qui ont des problèmes de consommation de substances, sont très mobiles, ce qui signifie qu'elles n'ont souvent pas de " domicile " et ne peuvent s'inscrire au CPAS/OCMW pour exercer leur droit aux soins médicaux d'urgence (AMU).
 - 2.6.1 Medimmigrant exhorte les **CPAS et POD Migration à traiter ces cas avec souplesse** et à communiquer sur la flexibilité permise par le système.
 - 2.6.2 Les soins médicaux d'urgence sont dispensés par le CPAS et les sans-papiers sont obligés de se rendre à leur CPAS de leur commune. **Pour éviter l'arbitraire, l'harmonisation des procédures CPAS / OCMW** permettrait d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants très mobiles. (Suijkerbuijk, 2014)

Au niveau régional

Le Ministre responsable pour le Département flamand du bien-être, de la santé et de la famille a déclaré dans sa note d'orientation politique 2014-2019 que "*conjointement avec le département de l'intégration, il se concentrera sur l'accessibilité des soins et des services de santé, en particulier pour les personnes issues de l'immigration*" (p. 65). Cette déclaration importante et nécessaire a été soutenue par l'ancien gouvernement flamand. Sur la base des résultats du MATREMI, nous demandons au Département flamand du bien-être, de la santé et de la famille et à son ministre responsable de renouveler cette intention positive, de l'étendre au domaine de la santé mentale et du traitement de la toxicomanie et des services qui en découlent et de la concrétiser davantage, indépendamment du statut de résidence et avec une priorité d'élimination des listes d'attentes.

En 2016, le Département du bien-être, de la santé et de la famille a subventionné une analyse qualitative concernant la " diversité ethnique " dans son domaine politique (Demeyer &

Vandezande, 2016, pp. 72-78). Les recommandations des auteurs sont également pertinentes dans le domaine de la santé mentale et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et elles seront développées ci-dessous.

En Wallonie, le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé à l'horizon 2030 souligne que " un important travail autour de la connaissance et de l'accès à l'information sur la thématique doit être réalisé dans les milieux professionnels et pour le grand public. D'autres dimensions ou composantes de la problématique sont absentes du diagnostic. Il s'agit entre autres de l'accessibilité des structures, du cloisonnement de la prise en charge, de la problématique des lobbys et de la publicité, des spécificités des publics particulièrement à risques (jeunes, migrants, femmes, public de rue, justiciables). » (p. 98).

A Bruxelles, la déclaration gouvernementale 2019-2024 stipule que « *Le Gouvernement visera une couverture à 100% de la population présente sur le territoire en déployant une perspective d'universalisme proportionné et de santé publique indépendamment des statuts administratifs des personnes exclues. En ce sens, le Gouvernement intégrera au Plan social-santé bruxellois un volet opérationnel assurant à la fonction « 0.5 », telle que définie dans l'ordonnance sur la première ligne du 4 avril 2019, d'être remplie* » (p.34).

3. Concrétiser les recommandations en faveur de la diversité dans les soins de santé (mentale) et du bien-être
 - 3.1 **Élaborer un plan à l'échelle du domaine politique sur la diversité en matière de santé (mentale) et de bien-être.**
 - 3.2 **Mettre l'accent sur la participation structurelle des organisations des personnes issues de l'immigration** dans le domaine politique
 - 3.3 **Offrir un espace d'expérimentation et de soutien** pour développer et renforcer les bonnes pratiques en matière de gestion de la diversité dans le traitement des toxicomanes :
 - 3.3.1 Mise en place d'un fonds flexible permanent destiné à faire face à l'évolution rapide des tendances chez les consommateurs de drogues vulnérables (VVBV, 2018).
 - 3.3.2 Mettre en place des programmes de prévention et d'intervention précoce dans les centres régionaux d'asile (voir également point 2.2.2. à l'échelle fédérale)
 - 3.3.3 Créer des aperçus régionaux accessibles aux professionnels de tous les services et partenaires, des pairs-aidants et des experts du vécu qui travaillent avec les réfugiés et les personnes issues de l'immigration afin de mieux les orienter.
 - 3.3.4 Créer et soutenir structurellement une plate-forme de partage des connaissances sur les "bonnes pratiques" (à l'exemple du MIGHEALTHNET basé sur le wiki qui visait à stimuler l'échange de connaissances sur la santé des migrants et des minorités par le développement de données interactives).
 - 3.3.5 Soutenir la recherche-action et les méthodes participatives ascendantes dans les services et promouvoir ces méthodes dans les appels à projets (Favril, Vander Laenen, & Decorte, 2015 ; Laudens, 2013 ; Piérart et al., 2008) et renforcer la co-création entre la recherche et la pratique en vue d'une contribution politique ascendante et d'une qualité de service pour tous (c'est-à-dire l'initiative Cocrete dans la région de Bruxelles).
 - 3.4 **Mettre l'accent sur un suivi précis et politique de la qualité à l'échelle du domaine.**
 - 3.4.1 Maintenir et améliorer les données approfondies sur la santé (utilisation des soins) dans le Baromètre de la diversité (Noppe et al., 2018).

3.4.2 Aider les prestataires à s'acquitter de leurs responsabilités administratives et de suivi en incluant formellement ces ICT et ces tâches administratives dans les descriptions de tâches du personnel et en leur fournissant une formation (c'est-à-dire enregistrant l'indicateur de demande de traitement, BELRAI, IFIC, VIP, Kind Reflex, Vlaamse Zorginspectie, Suïcidepreventiebeleid, General Data Protection Regulation, etc.) (VVBV, 2019)

3.5 Collaborer avec les domaines politiques responsables de l'intégration.

3.6 Soutenir les personnes en attente de la décision de leur procédure d'asile dans leur santé mentale (c'est-à-dire Mind Spring, Ulysse et SSM en Wallonie) : Clinique de l'Exil, Santé en Exil, Tabane, Espace 28, Semaphore).

3.7 Développer une politique active de lutte contre les stéréotypes, le racisme et la discrimination parmi les professionnels de la santé et du bien-être, mais aussi parmi les populations MEM (concernant la consommation de substances).

3.7.1 Cibler les campagnes de sensibilisation à destination des groupes cibles spécifiques de MEM (tels que les demandeurs d'asile, les migrants intra-européens, mais aussi les deuxième et troisième catégories de travailleurs migrants et les femmes n'appartenant pas à l'UE) (c'est-à-dire Te Gek !? In Flanders) et relier les campagnes de santé mentale aux questions liées à la toxicomanie et à la dépendance comportementale.

3.7.2 Réaffectation des fonds structurels pour la formation des professionnels de la santé mentale (c'est-à-dire en Flandre, anciennement organisée par "Steunpunt Cultuur Sensitieve Zorg").

3.7.3 Prévoir des fonds pour des fonctions de liaison, de consultation, d'intervision, d'encadrement, de formation et d'observation au poste de travail afin de partager l'expertise dans et entre les secteurs de la santé mentale, du traitement de la toxicomanie (VVBV, 2018), du bien-être et de l'intégration.

3.7.4 Sensibiliser et former les travailleurs de première ligne (médecins généralistes, centres d'asile) à l'orientation vers un traitement et à la collaboration avec les traducteurs (Meddimigrant, Fédito-Wallonne, 2019).

3.7.5 Aider les clients à éviter une orientation inutile vers un traitement spécialisé (VVBV, 2018).

3.7.6 Inclure l'usage nocif de substances comme condition d'admission aux soins de santé mentale ambulatoires et résidentiels (VVBV, 2018).

4. Soutenir et financer pleinement le pratiques visant à abaisser le seuil d'accessibilité

Les listes d'attente ont été identifiées dans cette étude comme la principale raison au déficit de prise en charge des populations particulièrement vulnérables comme les MEM.

La Fédération flamande des services de traitement des toxicomanies (VVBV) a calculé que 33 % des équivalents temps plein de ses services (163 sur 493 ETP) ne sont pas financés par le ministère du bien-être, de la santé et de la famille mais par d'autres sources telles que des projets, des municipalités et des fonds fédéraux (VVBV, 2018). En raison de ce manque de financement, l'existence de listes d'attente pour le traitement en résidentiel a été mise en évidence par l'étude MATREMI et par des études antérieures comme étant le principal obstacle au traitement de la toxicomanie.

En outre, certaines personnes interrogées en Wallonie et à Bruxelles dans le cadre de cette étude ont estimé que la réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans le cadre de l'"article 107" était dramatique pour les consommateurs de drogues vulnérables. Il en résulte que les patients qui ont

besoin de plus de temps pour se rétablir (notamment en raison de leur situation sociale plutôt que de problèmes purement médicaux) ou qui ne peuvent se rendre qu'à l'hôpital (en raison des listes d'attente dans d'autres structures) ne peuvent plus rester dans ces hôpitaux. Cette situation est problématique pour les patients précaires qui n'ont pas d'endroit où rester à l'extérieur de l'hôpital et qui doivent retourner dans un environnement " favorable aux problèmes ".

De plus, les frais de résidence dans des dispositifs de logement de vie assistée des personnes issues de l'immigration qui sont des sans-papiers ne sont plus remboursés par le SFP Migration.

4.1 Les projets spécifiques qui ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la toxicomanie ainsi que les nouvelles tâches de service dans le cadre de l'article 107 nécessitent une allocation de fonds structurels

- 4.1.1 Il y a un besoin structurel estimé à 450 millions par Zorgnet-Icuro (2019) pour augmenter la capacité de soins ambulatoires, les hôpitaux psychiatriques ainsi que les services de vie protégés en Flandre. Des estimations similaires ne sont pas disponibles pour Bruxelles et la Wallonie.
- 4.1.2 Les équipes mobiles et de crise flamandes ont de longues listes d'attente dans toute la Flandre et ont besoin de fonds supplémentaires. Pour assurer une accessibilité maximale, ces services doivent rester gratuits (VVBV, 2018). Une évaluation des besoins des dispositifs francophones s'impose également.
- 4.1.3 Les services de traitement de substitution à la méthadone flamands (COSM) ont besoin d'un financement structurel et à long terme par les régions (VVBV, 2018), surtout si l'on considère que les MEM sont surreprésentées dans ces services. Une évaluation des besoins des dispositifs francophones s'impose également.
- 4.1.4 Le travail avec la famille et dans d'autres domaines de la vie (c'est-à-dire la psychoéducation) devrait être financé de manière structurelle (VVBV, 2019), surtout si l'on considère l'importance de ce travail pour les MEM.
- 4.1.5 Le projet de "psychologues de première ligne" (2012-2015) en dehors du traitement spécifique de la toxicomanie a été évalué positivement et nécessite un financement structurel ultérieur. De plus, les compétences des psychologues de première ligne (Coppens, Neyens et Van Audenhove, 2015) devraient être élargies pour inclure l'aiguillage des clients ayant une dépendance aux substances illégales.
- 4.1.6 Soutenir les mécanismes de réseau pour identifier le contexte et orienter les demandes d'aide présentées dans les services en dehors du domaine des SUT (c'est-à-dire les centres d'asile, les centres d'intégration, les CAW, les CPAS, , les centres de soins de santé primaires de première ligne, à l'exemple de CAD Limburg) (c'est-à-dire Adviespunt Antwerpen) comme discuté dans le rapport MATREMI.
- 4.1.7 Mise en œuvre à long terme (et non par projet) d'un soutien " traumatisme et asile " pour les réfugiés reconnus dans les centres de santé mentale (CSM).
- 4.1.8 Création, soutien et promotion d'une plateforme de réseau régional et des initiatives intersectorielles visant à partager l'expertise entre la santé mentale, le traitement de la toxicomanie ainsi que les services plus larges liés au bien-être et à l'asile, c'est-à-dire concernant l'EMDR dans le traitement de la toxicomanie, les méthodes à seuil bas, la formation au travail avec des traducteurs, etc. (Fédito Wallonne, 2019).
- 4.1.9 Offrir des incitations pour inclure les organisations de personnes issues de l'immigration dans les réseaux locaux de services de traitement.

4.2 Supprimer les conditions restrictives du code DSM IV dans le traitement spécifique de l'usage de substances dans le décret (pour inclure également l'alcool et d'autres substances légales ou les dépendances comportementales)¹¹ (VVBV, 2018).

4.3 Répondre aux besoins concernant la répartition régionale d'un large type de prestations de services dans les régions (VVBV, 2018 ; Zorgnet-Icuro, 2019)

- 4.3.1 La répartition égale des services de traitement de la toxicomanie et des services de santé mentale doit se traduire par un exercice de cartographie des services et l'installation ultérieure de nouveaux services (par exemple, cartographie et évaluation des besoins VVBV, 2018 ; Fedito Wallonne, 2019).
- 4.3.2 L'accessibilité des services de traitement de la toxicomanie et de santé mentale (y compris les psychologues privés engagés par les centres d'asile) doit être adaptée aux besoins des centres d'asile locaux.
- 4.3.3 Augmenter l'offre de traitement de crise pour les personnes ayant des problèmes complexes et graves liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues qui ne parlent pas la langue dominante.
- 4.3.4 Les centres de traitement résidentiels doivent être en mesure d'offrir des conditions de vie " protégées " pour soutenir les clients qui ont besoin de soins " après le traitement " afin d'améliorer les résultats du traitement. (VVBV, 2019)

5. Abaisser le seuil de recours aux traducteurs dans les secteurs de la santé et du bien-être en général et le traitement de la toxicomanie spécifiquement

Un constat important de l'étude actuelle est que la langue constitue une barrière considérable tant au niveau du client qu'au niveau des pourvoyeurs de services et de soins. Il est essentiel d'oser se poser la question si c'est plutôt le client qui ne parle pas la langue des services ou qu'il s'agisse des services qui ne parlent pas la langue du client. Au quotidien, le bât blesse aux deux niveaux : les compétences linguistiques des clients potentiels sont à renforcer mais les services doivent également avoir la capacité de s'adapter dans des contextes de multilinguisme (et surtout défaillance dans la maîtrise de la langue de référence) et doivent pouvoir faire appel à un financement supplémentaire pour l'accès aux traducteurs sociaux.

- 5.1 Abaisser le seuil administratif pour les recours aux traducteurs dans tous les services (c.-à-d. ne pas avoir à remplir un nouveau formulaire pour chaque nouveau rendez-vous avec le client, aider les prestataires de soins à faire face à la charge administrative conséquente au recours à un traducteur, envisager et offrir une alternative lorsque le client ne se présente pas au rendez-vous).**
- 5.2 Collaboration structurelle avec le Département de l'intégration pour l'utilisation de traducteurs sociaux, c'est-à-dire par la mise en place de services de traduction innovants et rentables tels que la traduction en direct via Internet (p. ex. vidéoconférence dans les centres de santé mentale, ce qui n'est actuellement pas disponible via le Département de l'intégration en Flandre).**
- 5.3 Financement structurel d'un service de recours à des traducteurs sociaux spécifiquement pour le traitement de la toxicomanie**
- 5.4 Réduire les temps d'attente pour certaines langues en embauchant plus de traducteurs.**

¹¹ La résolution du Gouvernement flamand concernant l'exécution du décret du 6 juillet donne une marge de manœuvre pour adapter les conventions relatives au SUT.

- 5.5 Offrir régulièrement des cours sur le travail avec des traducteurs en traitement (c'est-à-dire en Flandre sur le '[Communicatiewaai](#)' dans tous les services de santé (mentale) et de bien-être, y compris les services de traitement des toxicomanies).

Au niveau organisationnel du traitement de la toxicomanie

Conformément aux recommandations précédentes concernant le traitement de la toxicomanie pour les MEM (El Osri, 2012 ; Derluyn et al., 2008 ; De Kock et al., 2017 ; Noens et al., 2010 ; Fedito Wallonne, 2019), nous soulignons que nombre des problèmes auxquels sont confrontés les utilisateurs de MEM sont les mêmes que ceux auxquels sont confrontés les autres types de consommateurs de drogue. Principalement les listes d'attente, mais aussi la nécessité d'une forte motivation pour le traitement, les exigences financières et la durée du traitement ne sont que quelques-uns de ces obstacles communs (Tieberghien & Decorte, 2010).

Il est essentiel de considérer les consommateurs à problèmes de MEM principalement en tant que consommateurs à problèmes ayant des besoins identiques à ceux des autres utilisateurs de drogue (Derluyn et al., 2008). Néanmoins, d'un point de vue centré sur le client, nous observons que les personnes ayant des origines nationales similaires n'auront pas automatiquement les mêmes besoins alors que du point de vue de la population, il est nécessaire de reconnaître que les vulnérabilités (sous-) de la population se cristallisent souvent parmi les utilisateurs de drogue MEM.

Il est important de reconnaître la valeur ajoutée et la spécificité de chaque service de soins et veiller que la « socialisation des soins » ne dénature pas ces identités de base. Ceci ne devrait pas non plus empêcher d'aller regarder ailleurs et de s'informer comment l'accessibilité des services est augmentée dans d'autres services et comment ceci pourrait inspirer des améliorations dans son propre service.

6. Investir dans une gestion organisationnelle et des équipes sensibles à la diversité

6.1 Soutenir et initier une politique sensible à la diversité à l'échelle du service pour transformer les populations touchées, l'identité du service, les procédures et les méthodes du personnel (Jalhay, Ceuterinck, & Degelin, 2016) au moyen d'" ambassadeurs de la diversité " mandatés.

- 6.1.1 En Flandre, le département d'intégration (*Agentschap Inburgering & Integratie*), Atlas (dans et autour d'Anvers) ou In-Gent (dans et autour de Gand) peuvent servir comme inspiration pour intercultureliser un service.
- 6.1.2 Sensibiliser les employés à l'utilisation d'instruments et de méthodes qui ont été validés pour les MEM ainsi que pour les méthodes sensibles et adaptées à la diversité (par exemple: '[cultuursensitief addendum bij de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie](#)', [DSM Cultural formulation interviews](#), [EMDR among refugees with PTSD](#)). (voir recommandation 7 ci-dessous)
- 6.1.3 Promouvoir et mettre à disposition des membres du personnel une formation et un coaching liés aux MEM (c.-à-d. sensibles à la diversité).
- 6.1.4 Tenir compte des divers besoins relatifs à la diversité en matière de services dans les procédures de recrutement du personnel, mais noter qu'il n'est ni nécessaire ni souhaitable de refléter numériquement la diversité sociétale dans votre service et que certains clients de MEM pourraient préférer que les membres du personnel n'aient pas une origine migratoire similaire (El Osri, 2012).

- 6.1.5 Traduire votre site Web dans les langues souvent utilisées dans les communautés que vous avez l'intention de cibler
- 6.2 Informer les membres du personnel qui représentent votre service dans les réseaux **sur la façon de communiquer au sujet des procédures et des exigences d'admission et d'aiguillage.**
- 6.3 Concevoir des **procédures d'admission tenant compte de la diversité**, par exemple en concluant des accords avec des professionnels externes pour aider le client à préparer la procédure d'admission afin de réduire la charge de travail pour le traitement résidentiel tout en augmentant leur accessibilité pour les MEM.
- 6.4 Communiquer clairement à tous les clients potentiels (VVBV, 2018) et plus particulièrement aux populations de clients (potentiels) issus de l'immigration, les objectifs de votre propre service ainsi que ceux du système de soins et autres services.

7. Méthodes innovatrices de traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues

Les approches de traitement centrées sur le client ne sont pas nouvelles et sont bien intégrées dans les institutions pour toxicomanes et de santé mentale. Cependant, il est nécessaire de se concentrer périodiquement, en tant que prestataire, sur ce que l'approche centrée sur le client signifie pour vous et pour votre client (El Osri, 2012) au moyen de formation, de supervision et d'intervention.

- 7.1 L'établissement d'une **relation de confiance** peut prendre plus de temps en raison d'expériences négatives antérieures avec les services (en Belgique ou dans d'autres pays), d'une discrimination perçue, du fait de ne pas croire à la méthode de traitement proposée et d'autres problèmes. Ouvrez la conversation sur ces questions avec votre client et informez-le sur le secret professionnel. (c.-à-d. [dossier de trucs et astuces pour traiter avec les Roms](#))
- 7.2 **Inclure la famille dans la thérapie lorsque cela est indiqué** (El Osri, Noens), c'est-à-dire en mettant en œuvre des modèles thérapeutiques familiaux multidimensionnels (Litle et al. dans Alegria et al., 2011), en thérapie systémique ou en créant des cadres thérapeutiques avec dialogue.
- 7.3 Avoir suffisamment d'attention pour les **autres domaines de la vie** (i.e. éducation et travail) (El Osri, 2012)
- 7.4 **Aider le personnel à utiliser les traducteurs sur le** plan administratif et en diffusant le matériel, les ateliers, la formation et les autres possibilités d'apprentissage disponibles (p. ex. brochure " werken met met tolken voor CAW / Centre de Santé Mentale, putting info about translators such as the 'Communicatiewaaijer' on shared drives).
- 7.5 **Accompagner les clients de façon professionnelle lorsqu'ils sont sur une liste d'attente réduira l'abandon de traitement** (El Osri, 2012).
- 7.6 **Inclure la psychoéducation dans le processus de traitement pour permettre l'autoréflexion et la réflexion sur les méthodes de traitement** (Chow et al., 2010).
- 7.7 **Tirer pleinement parti de vos réseaux et tendre la main**
 - 7.7.1 Diffuser l'information reçue dans les réseaux de clients ou de services dans votre propre service.
 - 7.7.2 Diffusion proactive d'informations sur votre propre service au sein de réseaux de clients ou de réseaux de services dans le but d'atteindre les clients (potentiels) issus de l'immigration se trouvant dans les services de première ligne ou de santé (CPAS, syndicats, mutualités, etc.) (Fédito-Wallonne, 2019).
 - 7.7.3 Élargir la nouvelle approche centrée sur le réseau en incluant les organisations des personnes issues de l'immigration, les centres d'asile, les services d'intégration et d'autres services qui ont plus de contacts avec les (sous-)populations MEM.

- 7.7.4 Consulter les collègues des autres services pour connaître leur opinion sur l'accessibilité de votre service (c.-à-d. les procédures d'admission).
- 7.7.5 Partager sa propre expertise (c'est-à-dire concernant des populations spécifiques) dans ses réseaux, par exemple en échangeant des ateliers.

7.8 Le traitement des questions liées à la langue augmentera l'accessibilité de votre service, le fait de toucher la population des MEM et le maintien en traitement.

- 7.8.1 La mise en œuvre de méthodes moins axées sur la parole dans les traitements résidentiels ainsi que dans les centres de santé mentale augmentera leur accessibilité (El Osri, 2012) (c.-à-d. par des thérapies créatives, permettant des temps de traduction dans les séances de groupe, des méthodes de psychologie communautaire, etc ;)
- 7.8.2 Inviter les clients à des entretiens préliminaires, même s'ils soupçonnent que leurs compétences linguistiques sont trop faibles. Communiquez avec les professionnels référents concernant votre procédure d'admission et les formulaires qui pourraient être remplis à l'avance.
- 7.8.3 Prévoir suffisamment de temps (supplémentaire) pour les séances avec un traducteur ou avec des clients dont la maîtrise de la langue est faible.

8. Identifier, donner la parole et atteindre les populations MEM

Au vu de la connaissance de la sous-représentation des migrants intra-européens et des réfugiés¹² dans le traitement de la toxicomanie, il apparaît que les institutions pour toxicomanes devraient se concentrer principalement sur l'augmentation de la portée, le suivi et l'accessibilité des services pour les utilisateurs de services MEM (potentiels). Enfin, il convient de prendre en considération les femmes MEM qui ont des consommations à problèmes ainsi que celles qui sont issues des deuxième, troisième et quatrième générations.

La stigmatisation sociale de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues nuit à la rétablissement des consommateurs problématiques (VVBV, 2018). Cette stigmatisation sociale est souvent plus forte dans certaines communautés ayant des normes informelles élevées (De Kock, 2019c). Par conséquent, la stigmatisation de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues en général ainsi que la stigmatisation de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues parmi les populations MEM doivent être abordées, tant dans les communautés que dans les services de traitement de la toxicomanie.

8.1 Prendre en compte la perspective des personnalités clés, des pairs-aidants et des experts du vécu dans les communautés en les consultant périodiquement, en les faisant participer aux réunions du conseil d'administration ou en les incluant dans les réseaux de clients ou de services (ex : réseau Migr'En Santé) (El Osri, 2012 ; Noens ; 2010).

8.2 Diffuser des informations sur les substances et la dépendance aux substances dans les organisations qui atteignent la population MEM (c'est-à-dire les centres d'asile, les organisations autonomes, les CAWS, etc.). Diffuser par exemple des dossiers sur la consommation d'alcool et d'autres drogues en turc, en français, en anglais, en arabe et des informations en plusieurs langues disponibles sur le site [DrugLijn](#).

8.3 Diminuer la stigmatisation liée à la consommation d'alcool et d'autres drogues dans des communautés spécifiques, par exemple en élaborant des campagnes axées principalement sur d'autres problèmes de santé mentale (c.-à-d. s'attaquer à la consommation de drogues en axant le débat sur la dépression).

¹² Étant donné que la plupart des réfugiés dans l'UE et en Belgique sont d'origine syrienne, afghane et irakienne (CGVS, 2018), les réfugiés reconnus issus de ces origines nécessitent une attention particulière.

- 8.4 Informer et sensibiliser les sous-populations** (en particulier les nationalités européennes, les réfugiés reconnus, les sans-papiers, les femmes n'ayant pas la nationalité de l'UE) sur les services de traitement de la toxicomanie à leur disposition, par exemple en utilisant le principe Tuppercare (c'est-à-dire le Moslim Adviespunt opvoedingsondersteuning in moskeeën).
- 8.5 Travailler avec les médias et les organisations qui se consacrent à la réduction de la stigmatisation** liée à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues, à la santé mentale et au traitement ([l'arbre à palabre](#), [Noire et psy](#), [vzw Hshoema](#)).
- 8.6 Développer un réseau interactif de personnes clés régionales, des pairs-aidants et des experts du vécu qui ont une expertise en ce qui concerne l'immigration, les soins de santé (mentale) et le traitement de la toxicomanie à l'instar de l'exemple Pharos.**

Références

- Abbas, M., Aloudat, T., Bartolomei, J., Carballo, M., Durieux-Paillard, S., Gabus, L., . . . Koch, D. (2018). Migrant and refugee populations : a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, *7*(1), 1-11.
- Adler, N. E., Cutler, D. M., Fielding, J. E., Galea, S., Glymour, M., Koh, H., & Satcher, D. (2016). S'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux disparités en santé. *National Academy of Medicine, Perspectives : Vital Directions for Health and Health Care Initiative* (septembre 2016).
- Alegria, M., Carson, N., Goncalves, M. et Keefe, K. (2011). Disparités dans le traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et des troubles concomitants chez les jeunes des minorités ethniques/raciales. *Journal of the American academy of Child & adolescent Psychiatry*, *50*(1), 22-31.
- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P. et Gremeaux, L. (2016). Traitement des troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues : le protocole d'enregistrement de l'indicateur belge de demande de traitement. *Archives de la santé publique*, *74*(1), 27.
- Bekkers, L. (2019). *Les Ravens blancs ? Une étude qualitative sur l'expérience des femmes belges d'origine islamique en matière de dépendance et de prise en charge des dépendances (mémoire de maîtrise)*. Gand : Université de Gand.
- Blomme, E., Colman, C., & De Kock, C. (2017). The influx of migrants and ethnic minorities into drug care : An exploratory study. *Panopticon*, *38*(2), 102-117.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., . . . Schützwohl, M. (2012). Facteurs associés aux troubles mentaux chez les réfugiés de guerre installés de longue date : les réfugiés de l'ex-Yougoslavie en Allemagne, en Italie et au Royaume-Uni. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(3), 216-223.
- Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M. et Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden-a register-based study. *International journal for equity in health*, *13*(1), 1.
- Coppens, E., Neyens, I. et Van Audenhove, C. (2015). *Recherche sur l'introduction d'une fonction psychologique primaire en Flandre : rapport de recherche*. Récupéré de Louvain :
- Cuadra, C. B. (2012). Le droit d'accès aux soins de santé pour les sans-papiers dans l'UE : une étude comparative des politiques nationales. *Eur J Public Health*, *22*(2), 267-271. doi:10.1093/eurpub/ckr049
- Dauvrin, M., Derluyn, I., Coune, I., Verrept, H., & Lorant, V. (2012). Vers des politiques de santé équitables pour les migrants et les minorités ethniques : l'étude de cas d'ETHEALTH en Belgique. *Bmc Public Health*, *12*(1), 726.
- De Kock, C. (2019a). Compétence culturelle et produits dérivés dans le traitement de la toxicomanie pour les migrants et les minorités ethniques : Quel est le problème représenté ? *Social Theory & Health, Advance online publication*. doi:10.1057/s41285-019-00113-0
- De Kock, C. (2019b). Migration and ethnicity related indicators in European drug treatment demand (TDI) registries. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*.
- De Kock, C. (2019c). Facteurs de risque et classes dangereuses dans un contexte européen : The consequences of ethnic framing of and among Turkish drug users in Ghent, Belgium. Dans B. Thom et S. MacGregor (dir. publ.), *Alcohol, drugs and risk in historical and cross-cultural perspective : Encadrer les classes et les espaces dangereux*. Oxfordshire : Routledge.
- De Kock, C., Blomme, E., & Antoine, J. (en révision). Clients européens et non nationaux de pays tiers dans le traitement de la toxicomanie en Belgique : Exploration des données sur la demande de traitement. *European Journal of Public Health*.
- De Kock, C. et Decorte, T. (2017). Explorer l'utilisation problématique, la discrimination, l'identité ethnique et les réseaux sociaux. *Drugs and Alcohol Today*, *17*(4), 269-279.

- De Kock, C., Decorte, T., Derluyn, I., & Vanderplasschen, W. (2017). Problème d'utilisation et capital de rétablissement social pour les personnes issues de l'immigration. Dans W. Vanderplasschen & F. Vander Laenen (Eds.), *Naar een herstelstelsteunende addictionzorg*. Louvain / La Haye : Acco.
- De Kock, C., Decorte, T., Schamp, J., Vanderplasschen, W., Hauspie, B., Derluyn, I., . . . Jacobs, D. (2017). *Substance use among people with a migration background : a community-based participatory research study*. Anvers : Garant.
- Demeyer, B. et Vandezande, V. (2016). *Diversité ethnique dans les soins et le bien-être : Une analyse qualitative des politiques dans le domaine du bien-être, de la santé publique et de la famille*. Bruxelles : Département de la protection sociale, de la santé publique et de la famille.
- Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). *Towards intercultural health care : ETHEALTH group recommendations for equal health and health care for migrants and ethnic minorities*. Consulté à Bruxelles : https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/2012_12_16_eindrapport_NL.pdf
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Slippers, I., Scheirs, V., Vindevogel, S..... Cartuyvels, Y. (2008). *Les minorités ethniques et culturelles dans la prise en charge des toxicomanies. Minorités ethniques et culturelles et traitement des problèmes de drogue*. Gand : Academia Press.
- Detollenaere, J., Hanssens, L., Vyncke, V., De Maeseneer, J., & Willems, S. (2017). Récoltons-nous ce que nous semons ? Explorer l'association entre la force des systèmes européens de soins de santé primaires et l'inégalité des besoins non satisfaits. *PloS one*, 12(1), e0169274.
- Devos, C., AUDREY CORDON, MÉLANIE LEFÈVRE, CAROLINE OBYN, FRANÇOISE RENARD, NICOLAS BOUCKAERT, MEEUS, P. (2019). *PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE - RAPPORT*. Extrait de
- El Osri, M., Häuser, E., Stevens, P., Swinnen, C., & Berdaï, S. (2012). *Anvers Drug Assistance. Une option pour l'utilisateur de drogues ECM*. Extrait d'Anvers :
- ERRC. (2019). Les Roms remportent le tout premier jugement sur le "racisme institutionnel" en Europe. Consulté à l'adresse <http://www.errc.org/press-releases/roma-win-first-ever-judgement-of-institutional-racism-in-europe?fbclid=IwAR0ZQ2ykValZ8nWfUhcX7Ez6pPeTGkouS-J8NoPTiV88gZ47g8LPH1ceLYQ>
- Favril, L., Vander Laenen, F. et Decorte, T. (2015). *Mesures de réduction des dommages pour la ville de Gand. Une étude des besoins et des priorités locales* : Maklu.
- FRA. (2017). *EU-MIDIS Deuxième enquête de l'Union européenne sur les minorités et la discrimination*. Récupéré à Luxembourg :
- Goldblatt, P. O. (2016). Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country : lessons from England 5 years after the Marmot Review. *Global health action*, 9(1), 29627.
- Hanssens, L. G., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. J. (2016). Access, treatment and outcomes of care : a study of ethnic minorities in Europe. *International journal of public health*, 61(4), 443-454.
- Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D., & Strathdee, S. A. (2016). Epidemiology of substance use among forced migrants : a global systematic review. *PloS one*, 11(7). doi:10.1371/journal.pone.0159134
- Jacobs, D., Swyngedouw, M., Hanquinet, L., Vandezande, V., Andersson, R., Horta, A. P. B., . . . Giugni, M. (2009). Le défi de mesurer l'origine des immigrants et l'ethnicité liée à l'immigration en Europe. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'intégration et de la migration internationale*, 10(1), 67-88.
- Jacobs, D., Van der Straeten, T., Brans, M., & Swyngedouw, M. (2006). Personnes d'origine étrangère dans l'enseignement flamand. Un examen plus approfondi de l'interaction entre la recherche et les politiques. *Ethics & Society*, 9(2), 22-43.
- Jalhay, S., Ceuterinck, M., & Degelin, P. e. (2016). *Éléments constitutifs d'une organisation de soins et d'aide sociale sensible à la culture*. Bruxelles : Politeia.

- Kajanová, A., & Hajduchová, H. (2014). Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku [La minorité rom et la toxicomanie en République tchèque et en Slovaquie]. *Adiktologie*, 14(2), 168-172.
- Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S. et Metzler, B. (2010). Accès aux soins de santé pour les sans-papiers dans l'UE. *Eurohealth*, 16(1), 13-16.
- Keytsmans, E., Charlier, P. et Vanthuynne, J. (2017). *Suivi socio-économique 2017 Arbeidsmarkt en origine*. Extrait de Bruxelles :
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J. J., & van der Aa, N. (2015). L'exposition aux traumatismes et le statut de réfugié comme prédicteurs de l'état de santé mentale chez les réfugiés en quête d'un traitement. *BJPsych bulletin*, 39(4), 178-182.
- Krieger, N. (2011). *L'épidémiologie et la santé des personnes : théorie et contexte* : Oxford University Press.
- Kubal, A. (2014). Lutte contre la sujétion. Implications de la criminalisation de la migration pour la vie quotidienne des migrants en Europe. *Crime, law and social change*, 62(2), 91-111.
- Laudens, F. (2013). *Prévention de la toxicomanie chez les jeunes issus de minorités ethniques et culturelles. Feuille de route pour la réalisation d'une reconnaissance locale et la mise en place d'actions préventives*. Extrait de Bruxelles :
- Lemmens, P., Dupont, H. et Roosen, I. (2017). *Migrants, demandeurs d'asile et réfugiés : un aperçu de la littérature relative à l'usage de drogue et à l'accès aux services. Document d'information commandé par l'EMCDDA. Document de référence commandé par l'EMCDDA pour la santé et les réponses sociales aux problèmes de drogue : un guide européen*. Lisbonne : EMCDDA.
- Lindert, J., & Schimina, G. (2011). Santé mentale des réfugiés et des demandeurs d'asile. Dans W. Mladovsky, B. Devillé, R. Rijks, & M. M. M. Petrova-Benedict (Eds.), *Migration and health in the European Union*. Maidenhead : Open University Press.
- Makkonen, T. (2016). *Manuel européen sur les données relatives à l'égalité. 2016 Révision*. Consulté à Bruxelles : https://ec.europa.eu/newsroom/just/document.cfm?action=displayoc_id=43205
- Mangrio, E., Carlson, E. et Zdravkovic, S. (2018). Comprendre les expériences du système de soins de santé suédois du point de vue des réfugiés nouvellement arrivés. *BMC research notes*, 11(1), 616.
- Mangrio, E. et Forss, K. S. (2017). Expériences des réfugiés en matière de soins de santé dans le pays d'accueil : une étude exploratoire. *BMC Health Services Research*, 17(1), 814.
- Marmot, M. (2016). L'écart en matière de santé : le défi d'un monde inégal. In. Londres : Bloombury Publishing.
- Marmot, M. et Bell, R. (2016). Social Inequalities in Health : a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 248-240.
- Measham, F., Williams, L. et Aldridge, J. (2011). Mariage, hypothèque, maternité : Ce que les études longitudinales peuvent nous dire sur le sexe, les " carrières " dans le domaine de la drogue et la normalisation de la " consommation récréative " de drogue chez les adultes. *International Journal of Drug Policy*, 22(6), 420-427.
- Montanari, L., Pirona, A., Guarita, B., Hedrich, D., Mounteney, J., & Vicente, J. (2019). L'expérience de l'indicateur de la demande de traitement en Europe : Un outil de suivi commun à 30 pays. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplément, Supplément18 ((2019))*, 139-151.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kišššová, L., . . . Jurystová, L. (2014). *Rapport national La situation des drogues en République tchèque en 2013*. Extrait de Prague :
- Noppe, J., Vanweddingen, M., Doyen, G., Stuyck, K., Feys, Y., & Buysschaert, P. (2018). *Flemish Migration and Integration Monitor 2018*. Bruxelles : Domestic Administration Agency.

- Norredam, M., Nielsen, S. S. S. et Krasnik, A. (2009). L'utilisation par les migrants des services de santé somatiques en Europe : une revue systématique. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555-563.
- Pickett, K. E., et Wilkinson, R. G. (2010). L'inégalité : une source méconnue de maladie mentale et de détresse. Dans K. E. Pickett et R. G. Wilkinson (éd.), *The Spirit Level : Pourquoi une plus grande égalité rend les sociétés meilleures*. New York : Bloomsbury Press.
- Piérart, J., Bodeux, F., Francq, B., Snauwaert, B., Willems, S., & De Maeseneer, J. (2008). *Ville et santé. Une recherche-action dans trois quartiers*. Extrait de Bruxelles :
- Priebe, S., Giacco, D. et 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.
- Puchner, K., Karamagioli, E., Pikouli, A., Tsiamis, C., Kalogeropoulos, A., Kakalou, E., . . . Pikoulis, E. (2018). Il est temps de repenser la santé des réfugiés et des migrants en Europe : Passer d'une intervention d'urgence à une prestation de soins de santé intégrée et individualisée pour les migrants et les réfugiés. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1100.
- Rallu, J.-L., Piché, V., & Simon, P. (2004). Démographie et ethnicité : une relation ambiguë. In V. J. a. W. G. Caselli G. (Ed.), *Démographie : analyse et synthèse (Vol. VI : Population et société)*. Paris: INED-PUF.
- Ritter, A., Mellor, R., Chalmers, J., Sunderland, M. et Lancaster, K. (2019). Considérations clés dans la planification du traitement de la consommation d'alcool et d'autres drogues : Estimation des besoins et de la demande de traitement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, supplément s18*((2019)), 22-30.
- Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., Baliatsas, C., & Bekker, M. H. (2018). Manifestation des symptômes et efficacité du traitement, -obstacles et facilitateurs dans les groupes turcs et marocains souffrant de dépression dans les pays européens : Un examen systématique. *Journal des troubles affectifs*.
- PASR. (2012). *Comprendre la toxicomanie dans les communautés roms et sinti*. Consulté sur le [site http://srap-project.eu/files/2012/06/SRAP-Action-research-final-report-Short.pdf](http://srap-project.eu/files/2012/06/SRAP-Action-research-final-report-Short.pdf)
- Stuyck, K., Doyen, G., Feys, Y., Buysschaert, P., Noppe, J., & Jacques, A. (2018). *Vivre ensemble dans la diversité 2017*. Bruxelles : Domestic Administration Agency.
- Suijkerbuijk, H. (2014). *Livre vert sur l'accessibilité des soins de santé en Belgique*. Waterloo : Wolters Kluwer Belgium SA.
- Tieberghien, J., & Decorte, T. (2010). *Antwerpse Monitor Jongeren, Alcohol en Drugs (AMJAD) : jongeren en middelengebruik in een lokaal context (Volume 6) : Acco*.
- Par Roy, K., Vyncke, V., Piccardi, C., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2018). Diversité dans la santé et l'utilisation des soins de santé : analyse des données de l'enquête belge sur la santé.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K., & Broekaert, E. (2003). L'assistance médicamenteuse est-flamande en chiffres : caractéristiques, utilisation des soins et exode des personnes en traitement. *Série orthopédagogique Gand*, 15.
- Verrept, H. (2019). *Quels sont les rôles des médiateurs interculturels dans les soins de santé et quelles sont les preuves de leur contribution et de leur efficacité pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins aux réfugiés et aux migrants dans la Région européenne de l'OMS ?* Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- FVOV. (2018). *Mémorandum 2019. Fer de lance pour une prise en charge flamande efficace et de haute qualité de la dépendance*. Consulté à l'adresse <http://www.verslaafdenzorg.be/index.php/23-vlis/182-memorandum-vvbv-2014>
- Wemrell, M., Merlo, J., Mulinari, S. et Hornborg, A. C. (2016). L'épidémiologie contemporaine : une revue des discussions critiques au sein de la discipline et un appel pour un dialogue plus approfondi avec la théorie sociale. *Compas de sociologie*, 10(2), 153-171. doi:10.1111/soc4.12345

- Wemrell, M., Mulinari, S. et Merlo, J. (2017). Une approche intersectionnelle de l'analyse multiniveaux de l'hétérogénéité individuelle (MAIH) et de l'exactitude discriminatoire. *Social science & medicine*, 178, 217-219.
- QUI. (2010a). *Consultation mondiale sur la santé des migrants. Migrant-Sensitive Health Systems*. Consulté à Madrid, Espagne : https://www.who.int/hac/events/2_migrant_sensitive_health_services_22Feb2010.pdf
- QUI. (2010b). Comment les systèmes de santé peuvent s'attaquer aux inégalités en matière de santé liées à la migration et à l'ethnicité. *OMS - Bureau régional pour l'Europe*.
- QUI. (2018). *Santé des réfugiés et des migrants : Analyse de la situation régionale, pratiques, expériences, enseignements tirés et moyens d'aller de l'avant* : Région européenne de l'OMS.
- Zorgnet-Icuro. (2019). *Zorgnet-Icuro priorités pour la législature 2019-2024*.