

Usage de substances et recours aux services de traitement de la dépendance chez les personnes issues de l'immigration (PADUMI)

1. Introduction

Les professionnels constatent un écart entre la prévalence de la consommation problématique de substances chez les personnes migrantes, d'une part, et leur présence dans les structures traitant la dépendance, d'un autre côté, tant en Belgique (Vandeveldt et al., 2003) qu'en Europe (Derluyn et al., 2008; Fountain et al., 2004). Pourtant, il y a relativement peu de recherches sur ce décalage. En effet, les centres actifs dans le domaine de la toxicomanie ne gardent que peu de données sur l'origine ethnique ou migrante de leur clientèle. De ce fait, les recherches scientifiques ne peuvent s'appuyer que sur certaines variables (nationalité du client, la nationalité des parents, de la langue, et similaires), ce qui constitue une limite pour l'analyse comparative et/ou longitudinale. En outre, il est difficile pour les chercheurs d'entrer en contact avec ce groupe cible. Par ailleurs, la toxicomanie est, en règle générale, encore un sujet tabou dans la population et l'est, plus spécifiquement, au sein des populations ayant une expérience ou une trajectoire migratoire. Enfin, la recherche sur l'usage de substances des personnes migrantes conduit rarement à débattre de la dépendance avec le groupe cible.

Pour remédier à ces lacunes, nous avons opté pour une méthode de recherche communautaire et participative exploratoire ciblant quatre groupes cibles (communautés turques et d'Europe orientale à Gand, la communauté congolaise à Bruxelles et le groupe des demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes sans documents de séjour légaux). Cela implique que, d'une part, les données ont été recueillies par des chercheurs issus des populations ciblées dans cette recherche et, d'autre part, la diffusion des résultats est réalisée en consultation avec les communautés et les acteurs du secteur la toxicomanie.

La recherche sur la nature, les modes d'usage de substances et les facteurs qui influencent cet usage est une première étape nécessaire à l'amélioration de l'accessibilité des groupes cibles dans ces services de soin et d'aide. PADUMI s'appuie sur la recherche «trajectoires de traitement des usagers de drogues issus de minorités ethniques" (ZEMIV de projet 2006-2007; Derluyn et al., 2008) qui a été réalisée par une équipe multidisciplinaire de scientifiques en sociologie, criminologie, orthopédagogie et le travail social.

2. Recherche

Notre recherche repose sur deux questions de recherche centrales:

1. Quelle est la nature et quelles sont les habitudes de consommation de substance dans ces quatre groupes cibles?
2. Quelles sont les attentes et les besoins de ces quatre groupes cibles en matière de traitement de la dépendance?

Notre recherche se base également sur deux objectifs sociaux :

1. L'identification des problèmes liés aux ressources de sensibilisation et de connaissances des quatre groupes cibles et la communication des besoins des groupes cibles pour les praticiens du secteur du traitement de la toxicomanie;
2. Une coopération à long terme sur ce thème avec les acteurs issus des communautés et du secteur du traitement de la toxicomanie.

3. Résultats

3.1 Nature et motifs d'utilisation

Avec l'aide de chercheurs communautaires issus des populations ciblées, nous avons effectué 247 entretiens avec des personnes qui affirment appartenir à l'un des groupes cibles : respectivement 67 usagers se présentant eux-mêmes principalement en tant que demandeur d'asile, réfugié ou sans-papier, 62 usagers provenant d'Europe de l'Est, 56 usagers d'origine ou de nationalité congolaise, 55 usagers turcs et 7 familles d'usagers issues de la migration turque. Tant le groupe des usagers turcs que celui des demandeurs d'asile, des réfugiés et des sans-papiers – soit deux tiers des répondants – considèrent son usage comme problématique. Dans l'échantillon des personnes provenant d'Europe orientale, seul un participant sur 5 considère que son usage de substance est problématique.

En ce qui concerne le type de substance dans notre échantillon, il reprend le même "top trois" que dans la population générale (Ghislé et al, 2013.). Il comprend l'alcool et le cannabis, et la cocaïne en troisième place. L'usage du tabac n'a pas été investigué dans cette étude. Nous avons également atteint un nombre relativement élevé de consommateurs d'héroïne (n = 25). Il concerne principalement les usagers d'origine turque et demandeurs d'asile, les réfugiés et les sans-papiers. L'usage détourné de médicaments et d'antidépresseurs est également très élevé dans tous publics cibles, à l'exception de la population congolaise. L'usage de médicaments est plus répandu dans tous les groupes que l'utilisation de stimulants.

3.2 Explications de l'utilisation continue

2

Les carrières d'usager de nos répondants sont très hétérogènes. La majorité des répondants ont indiqué que leur utilisation a commencé en Belgique, compte tenu du fait que la plupart de nos répondants sont en Belgique depuis plus de cinq ans, et certains sont en Belgique depuis plusieurs générations. Certains décrivent leur usage comme n'étant pas si problématique. Ces répondants consomment principalement dans les moments de loisirs et sont moins susceptibles de donner une explication de leur usage. Les raisons invoquées dans le cas d'un usage problématique ont été questionnées et sont très différentes, mais des similitudes dans les groupes cibles. Ci-dessous, nous présentons les principales raisons données dans les différents groupes.

Dans la communauté turque, sont particulièrement pointés des problèmes conjugaux et des problèmes familiaux (parfois causés par des mariages arrangés). Les expériences de vie (telles que l'incertitude quant à la permanence du séjour en Belgique et la discrimination scolaire) ont également été mentionnées. Les demandeurs d'asile, les réfugiés et sans-papiers mentionnent l'absence de documents et l'incertitude liée à la permanence du séjour, ainsi que le parcours migratoire et les conséquences de la migration, telle que la solitude, pour expliquer leur usage. Dans le public d'Europe orientale, nous avons surtout entendu des problèmes financiers et professionnels (comme la discrimination dans l'emploi), ainsi que des problèmes familiaux (souvent engendrés par le fait que la famille vit dans un autre pays) comme justification de l'usage d'une substance. Le public congolais n'a pas évoqué de raison spécifique à l'usage autre que le besoin et/ou le sentiment de relaxation que procuraient ces substances (alcool et cannabis).

3.3 Recours aux services d'aide existants

Peu de répondants donnent une explication de leur usage addictif. Parmi les répondants turcs et congolais, il est souvent mentionné la capacité à gérer l'usage et l'absence de besoin d'aide. Un tiers des répondants turcs et du groupe de demandeurs d'asile, des réfugiés et des sans-papiers, indique avoir déjà été en contact avec des services pour leurs problèmes d'usage. Seul un répondant sur sept dans le groupe des personnes provenant d'Europe orientale affirme avoir été en contact avec des services traitant la toxicomanie ou des services liés au bien-être, en général. Cet «écart de traitement» dans les groupes est à relativiser puisque bon nombre de nos participants considèrent que leur utilisation n'est pas problématique. C'est pourquoi ces groupes ne font pas appel aux services existants. En outre, il convient de noter que la demande du public d'Europe orientale en matière de soutien psychologique est grande.

3.4 Mécanismes sociaux influençant

Le tabou, la honte et la pression sociale à la conformité ethnique (Vankerckem et al., 2014) jouent un rôle dans la perception de la dépendance et de la toxicomanie utilisation dans la population issue de Turquie et du Congo (RDC). La pression sociale au sein de ces communautés produit une stigmatisation de l'usage et empêche parfois le recours aux ressources appropriées. Dans les deux autres groupes, ce type de mécanismes sociaux semble moins à l'œuvre en raison du fait qu'ils fonctionnent moins comme des «communautés ». De ce fait, la pression sociale y joue un rôle moindre.

3

Le manque d'information sur la dépendance est assez important parmi les répondants provenant d'Europe de l'Est, ainsi que parmi les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes sans-papiers. Cela semble particulièrement lié au manque de compétences linguistiques et à une intégration sociale limitée. Pourtant, nous devons nous demander quelles sont les barrières expérimentées et vécues par les usagers de langue turque dans la prise en charge (psychiatrique), même si ces répondants semblent avoir une bonne maîtrise du néerlandais.

L'identité ethnique, le stress de l'acculturation et la discrimination sont également des facteurs qui influent sur le recours aux services traitant la toxicomanie. Tous les répondants affirment qu'ils ont déjà été victimes de racisme et / ou de discrimination et nous constatons que ceux qui se décrivent comme usagers problématiques ont une résilience mentale moins grande pour faire face à leur usage. Dans certains cas, cette résilience moins importante est accompagnée du développement d'une identité ethnique réactive isolée et est un facteur de risque pour un usage problématique. La majorité de nos répondants ne se sent pas belge et ont du mal à définir leur identité ethnique. C'est pourquoi il semble qu'une identité équilibrée est un élément important de la stabilité psychologique. De ce fait, l'instabilité dans ce domaine peut affecter l'utilisation.

Enfin, nous notons que le cercle social de la majorité de nos répondants est composé d'individus avec le même parcours migratoire ou que le réseau est composé de personnes ayant des pratiques d'utilisation similaires. Beaucoup de nos répondants vivent relativement isolées, soit parce qu'ils veulent éviter les utilisateurs de leur entourage, soit parce qu'ils ne se sentent plus les bienvenus dans la famille ou la communauté, soit parce qu'ils n'ont pas de liens familiaux en Belgique. Cela explique que le «**capital de récupération**» (Cloud et al., 2008) de ces personnes est relativement faible.

3.5 Les obstacles aux soins

Dans la littérature, nous avons constaté la prégnance de visions culturelles ou religieuses sur l'usage de substance et les ressources à mobiliser pour venir en aide aux usagers. Notre étude confirme en partie ce point de vue. Dans le groupe d'Europe orientale, les répondants soulignaient le besoin d'un soutien plus psychologique. L'utilisation de traitements alternatifs (consultation de *hodjas* ou scientologique) dans des cas isolés observés dans notre étude ne semble pas très répandue.

Compte tenu du fait que l'étude a porté principalement sur les usagers eux-mêmes, nous n'avons pu recueillir que peu d'informations sur les obstacles dans les soins de santé. Nos répondants ont fait mention du fait que les praticiens n'apportaient pas suffisamment d'aide sur les questions liées à la toxicomanie. Aussi, les répondants turcs ont indiqué que les cliniciens accordent trop peu d'attention et d'importance à la famille dans la vie du patient. Étant donné le lien significatif entre le statut socio-économique et la santé (mentale), il est essentiel de noter que, souvent, les personnes ayant un parcours migratoire ont un statut socio-économique bas et sont relativement plus à risque de dépression et de stress chronique. Dans notre étude, ces facteurs de risque socio-économiques semblent être sous-estimés parce que peu explicités, tant au niveau des usagers dans les communautés ciblées que dans le secteur du traitement de la toxicomanie. Par conséquent, il est nécessaire de lutter contre la discrimination structurelle à l'égard des personnes issues de l'immigration afin d'améliorer l'état de santé (mentale) de ces populations.

4. Recommandations

4

Sur la base de cette recherche, nous formulons quelques recommandations adressées (1) au gouvernement fédéral et des entités fédérées, (2) aux autorités locales, (3) aux acteurs du secteur de la toxicomanie et (4) aux communautés organisées par/ pour les personnes issues de l'immigration.

4.1 A l'attention du gouvernement fédéral et des entités fédérées

1. Une attention à la diversité dans les centres de santé mentale et de traitement de la toxicomanie ;
2. Encourager la mise en réseau entre les services locaux dans le cadre de la réforme des 107 projets psy:
 - Stimuler le contact et le partage des connaissances entre les programmes de MASSE
 - Activer le renvoi des centres ambulatoires de substitution d'héroïne vers un traitement en milieu hospitalier;
 - Fournir des moyens structurels pour un travailleur dans les services résidentiels de toxicomanie ;
 - Lier la réduction de places pour les patients en psychiatrie à un renforcement des services de première ligne (par exemple, "les centres de santé de district») pour répondre aux besoins de santé mentale ;
3. Eriger la formation aux compétences culturelles en critère d'octroi de l'agrément pour les professionnels de la santé au lieu de la proposer en cours optionnel, ce qui est le cas dans de nombreux programmes de formation actuellement;
4. Soutien à la recherche sur l'état de santé et les soins de santé à destination des minorités ethniques et des migrants ;
5. Lutte contre les discriminations sur le marché du travail et amélioration de l'application de la législation anti-discrimination existante dans les entreprises;

6. La prise en compte des besoins spécifiques des personnes issues de l'immigration, en particulier de la première génération, dans l'éducation. Il s'agit également de prévenir la création de ghettos et de lutter contre l'orientation systématique des personnes issues de l'immigration dans les écoles spécialisées ;

7. Identification des personnes issues de l'immigration dans un registre de santé systématique pour un meilleur monitoring, par exemple, en reliant systématiquement les données ou les données de la banque Carrefour de sécurité sociale à la plate-forme e-santé);

8. Encourager les autorités de santé publique à rejoindre le (inter) réseau national actif dans les soins de santé interculturels, dans les réseaux d'hôpitaux pratiquant la médiation interculturelle;

9. Améliorer la qualité statistique de l'étude de la National Health Interview MEM;

10. Limiter l'impact de l'austérité sur le financement des interventions sanitaires et initiatives. Plus précisément, les activités de recherche et de prévention liées à la drogue (OEDT, 2015: 62) et aux professionnels travaillant avec des groupes vulnérables (Suijckerbuyck, 2014: 237):

- Par exemple : L'élimination des problèmes de liste d'attente dans les centres flamands pour le bien-être général (CAWs) et les centres de soins de santé mentale (CGGs);
- Par exemple : Augmentation de places disponibles dans les "espaces d'utilisateurs» saturés dans la région de Bruxelles.

11. Ajouter la thématique spécifique de l'usage de substance et du traitement des personnes issues de l'immigration dans les contrats de quartier et de sécurité, ainsi que dans la politique des grandes de villes (contrats communautaires et de sécurité et les grandes villes). En matière de lutte contre le racisme et la discrimination:

12. L'extension du rôle consultatif de Unia (ex- centre interfédéral pour l'égalité des chances) afin que cette agence joue activement et de façon transversale un rôle dans la lutte contre les discriminations et le racisme;

La résolution des problèmes spécifiques des demandeurs d'asile, les réfugiés et les sans-papiers:

13. Assurer des (pré) conditions décentes d'accueil, qui respectent la dignité humaine (y compris la nécessité de la vie privée et le bien-être mental), pour tous les demandeurs d'asile, afin d'éviter des situations où leur lieu de résidence renforcent les problèmes mentaux;

14. Clarifier l'application de la législation sur l'aide médicale urgente et assurer un cadre clair de remboursement des soins de santé pour les migrants ayant un statut juridique précaire;

15. Fournir à tous les migrants en situation irrégulière un bon leur donnant le droit de demander une assistance auprès des différentes institutions sociales et médicales;

16. Etendre l'utilisation de la carte médicale aux migrants irréguliers, ce qui leur donnerait le droit à l'accès aux soins médicaux urgents ;

17. Diversifier les professionnels de la santé et les services de santé disponibles pour traiter les migrants ayant un statut juridique précaire ou en situation irrégulière;

18. Garantir l'accès aux prestations de soin à tous les demandeurs d'asile, quel que soit leur lieu de résidence;

19. Améliorer le soutien de l'Agence fédérale pour l'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile (Fedasil) à la création d'une formation spécifique (pour ce qui concerne la santé mentale et de traitement de la toxicomanie possibilités) destinée aux professionnels de la santé;

5

20. Améliorer le contact entre Fedasil et ses partenaires locaux;
21. Assurer l'accès de tous les demandeurs d'asile à tous les services de soins de santé.

4.2 A l'attention des autorités locales

22. Création de soins flexibles, proactifs, de bas seuil, intermédiaires, de première ligne intégrés localement et accessibles à tous (De Cock, 2014: 12);
23. Encourager les professionnels de la santé, les services de santé et les services sociaux et culturels à élaborer des plans d'action et à mobiliser des ressources pour répondre aux besoins des migrants et des minorités ethniques;
24. Sensibilisation et formation des médecins généralistes, des services de traitement de la toxicomanie et des services d'orientation aux spécificités de l'usage de substances au sein des populations migrantes, par exemple, en utilisant l'outil «me-assistant» à destination des médecins et qui fournit une mesure de l'addiction, en collaborant avec les experts de FedAsil et/ou du CAD Limburg;
25. Inclure un travailleur interculturel dans les services de santé (mentale) et de santé (politique de traitement) afin d'améliorer les prestations destinées aux personnes migrantes en permettant notamment une meilleure compréhension de leurs demandes;
26. Le développement et la fourniture de services de santé mentale culturellement adaptés, en particulier dans les centres urbains de toutes les régions de Belgique;
27. Création d'une plate-forme transculturelle / culturellement sensible en matière de santé mentale permettant le partage et la diffusion des connaissances entre les membres et les familles d'utilisateurs la famille ou création d'un groupe de travail au sein des groupes d'expertise des médicaments existants contact;
28. Amélioration de la collaboration et de l'orientation entre les services et les associations de santé mentale qui aident les migrants en se fondant moins sur leur statut juridique:
 - La collaboration entre les centres de substitution (COSM & Free Clinic), de sensibilisation et les services sociaux (par exemple le travail de sensibilisation et d'autres services);
 - La collaboration entre les services de santé mentale et des services sociaux de proximité (par exemple, des équipes mobiles et externes Département Ville de Gand, CGG);
 - Collaboration entre les services d'intégration (par exemple à Gand), social (travail *Buurtwerk & Outreach Services*) et de soins de santé mentale (équipes mobiles, des équipes de crise, par exemple Villa Voortman).
29. La mise en œuvre d'une stratégie réduction de la pauvreté (par opposition à des mesures de répression) orientée antidrogue avec une attention particulière pour les personnes migrantes et issues de minorités ethniques;
30. Considérer la santé mentale comme une activité centrale des services de soins de santé;
31. Création d'une plate-forme locale de services de santé mentale tenant compte de la culture et les spécificités transculturelles afin de partager et diffuser les connaissances et qui pourrait éventuellement fonctionner comme un point de contact pour les membres de la famille et les utilisateurs;
32. Confier aux Centres publics d'action sociale (CPAS) l'enquête sociale pour réduire la charge des services sociaux dans les hôpitaux;
33. Promouvoir une relation régulière de l'utilisateur avec le médecin généraliste et la création d'un dossier médical global (DMG);
34. Surveillance plus intensive du traitement des usagers pendant et après l'incarcération (Tieberghien & Decorte 2007) par le biais du personnel ou CAP, des assistants judiciaires, des CPAS et/ou d'autres services sociaux, judiciaires et médicaux.

6

4.3 A l'attention des acteurs du secteur la toxicomanie

35. Développer et fournir des actions de prévention culturellement pertinentes, développées en partenariat avec la population cible, dans les services de santé mentale;
36. Adopter des initiatives proactives et des informations adaptées sur le système de soins de santé, notamment le rôle joué par les caisses d'assurance-maladie, les CPAS et les syndicats, pour les personnes migrantes ;
37. Accroître l'accessibilité et encourager la collaboration avec des interprètes et des médiateurs interculturels;
38. Accroître la sensibilisation de structures et de services susceptibles d'être culturellement spécifiques dans la prestation des soins de santé, en vue de l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé mentale pour les personnes migrantes (par exemple sur la base de l'«Addendum culturellement sensible » de la ligne directrice multidisciplinaire Schizophrénie de l'Institut Trimbos);
39. Tenir compte de l'environnement et du milieu de l'usager dans la prestation des services de soins de santé, en particulier dans les services psychiatriques spécialisés des hôpitaux (PAAZ);
40. Psychoéducation à l'augmentation autoréflexion comme un outil important dans le processus de traitement (Chow et al., 2010);
41. Contact et mise en réseau avec les membres de la communauté et des personnes organisées avec un arrière-plan de migration par le moyen de l'embauche d'un travailleur de proximité est bénéfique à différents niveaux de traitement, la prévention et la réduction des méfaits;
42. L'inclusion de membres de la famille proche dans le traitement, par exemple, au moyen de la thérapie familiale multidimensionnelle (Litle et al. Dans Alegria et al., 2011), de la thérapie systémique ou d'une thérapie dans laquelle les membres de l'entourage de l'usager sont invités (par exemple, clinique de la concertation), la probabilité de rechute chez certains usagers peut ainsi être réduite;
43. La mise en œuvre d'initiatives d'information et de prévention spécifiques pour les populations difficiles à atteindre et le travail sur des questions spécifique à ces populations (par exemple, l'initiative MindSpring pour les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes sans-papiers; le centre d'intégration Bruxelles BON fait partie intégrante des cours obligatoires d'intégration);
44. L'inclusion d'un point de vue médical et de la réaction de somatisation de la dépendance chez certains individus (Brothers & Eland, 2000) peut ouvrir des pistes de solutions thérapeutiques plus durables pour certains usagers;
45. Travailler principalement sur la levée des soupçons et la méfiance à l'égard des centres de traitement de la toxicomanie en mettant l'accent sur une relation de confiance avec les patients;
46. La mise en œuvre de méthodes de recherche fondées sur l'implication participative dans les projets futurs de recherche, ainsi que dans le fonctionnement local et social des services de soins de santé. (Verschaeve, 2016 ; Favril et al 2015 ; Laudens, 2013; PIERART et al, 2008).

7

4.4 A l'attention des communautés ethniques

47. Information sur les initiatives et la priorité donnée aux facteurs de risque de toxicomanie (problèmes conjugaux, problèmes économiques, tabou, l'insécurité provoquent par la procédure d'asile, etc.) plutôt que sur l'abus de substances en soi (Laudens, 2013);

48. L'extension des missions du numéro d'urgence existant de l'Exécutif des musulmans en termes de tâches ; l'inclusion des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et l'extension de la mission de *Moslim Advies Punt* en vue de l'inclusion des migrants provenant Turques et d'Europe de l'Est;

49. Ouvrir le débat dans les associations, les mosquées et l'enseignement islamique quant à l'interprétation et l'utilisation de la notion de *haram* dans la vie des musulmans.

50. Inclure des consultations sociales dans les organisations culturelles et/ou religieuses telles que les associations de mosquées.