



---

## TRAJECTOIRES DE SOINS DES USAGERS DE DROGUES D'ORIGINE ETRANGERE

---

Ilse Derluyn  
Wouter Vanderplasschen  
Sébastien Alexandre  
Ilona Stoffels  
Veerle Scheirs  
Sofie Vindevogel  
Tom Decorte  
Abraham Franssen  
Dan Kaminski  
Yves Cartuyvels  
Eric Broekaert

**Pour plus d'information ou commande de la publication :**

Ilse Derluyn  
Vakgroep Orthopedagogiek  
Universiteit Gent  
H. Dunantlaan 2  
9000 Gent  
België  
Tel: +32 (0) 9 264 63 63  
Fax: +32 (0) 9 264 64 91  
E-mail: [Ilse.Derluyn@UGent.be](mailto:Ilse.Derluyn@UGent.be)



La recherche s'inscrit dans le cadre du « Programme de recherches d'appui à la Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue » mis en oeuvre et financé par le SPP Politique scientifique.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 *Contexte*

D'après diverses études réalisées à l'étranger, on constate que les personnes issues de minorités d'origine étrangère et connaissant une problématique liée à l'usage de drogues rencontrent souvent des difficultés dans leur accès ou leur usage de l'offre de soins (spécialisés) existante (Ashruf & van der Eijnden, 1996; Curtis et al., 2006; Longshore et al., 1997; Verdurmen et al., 2004). Dans la plupart des institutions d'offre de soins liés à l'usage de la drogue, on évoque aussi une répartition disproportionnée entre les usagers issus de minorités d'origine étrangère, et les autres. Ce serait surtout le cas en ce qui concerne les institutions de soins à haut seuil d'exigence (Braam et al., 1998; De Leon et al., 1993; Haasen et al., 2001; Vandeveldel et al., 2000).

Or, une étude épidémiologique a démontré que les groupes ethnico-culturels sont justement plus vulnérables sur le plan de l'usage de substances psychoactives, que la population en général, à cause notamment du taux de chômage important, d'aptitudes linguistiques et communicatives plus limitées, de chances/opportunités de scolarisation plus réduites, de conflits intergénérationnels, des difficultés succitées par l'acculturation, et de la plus grande pression qu'exercent sur eux les individus de la même catégorie d'âge (Reid et al., 2001).

En outre, au niveau de l'offre de soins, il reste encore beaucoup de barrières gênant l'accès des minorités d'origine étrangère à l'aide en matière de drogues, telles que les problèmes linguistiques et communicationnels (Fountain et al., 2002; Schneider, 2001), et un manque de "sensibilité culturelle" des services et/ou des dispensateurs de soins eux-mêmes (Castro & Alarcon, 2002; Ja & Aoki, 1993).

De plus, les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère sont souvent moins conscients de l'offre de soins existante (Reid et al., 2001; Salman, 1998). Ils se méfient également souvent de l'offre d'aide de type occidental (Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001). Enfin, il semble aussi qu'au sein de (certaines) communautés ethnico-culturelles, on tienne à garder secrète la problématique de l'usage de drogues vis-à-vis de l'entourage proche (Vandeveldel et al., 2003).

Outre l'accès plus difficile à l'offre de soins, il s'avère aussi que la poursuite de la trajectoire de soins pose souvent problème. Ainsi, les clients issus de minorités d'origine étrangère ont moins de chances d'aboutir au terme d'un traitement avec succès, et l'interrompent souvent rapidement (Finn, 1994, 1996; Verdurmen et al., 2004; Vrieling et al., 2000), principalement parce que l'offre de soins spécialisés ne correspond pas suffisamment à leurs besoins spécifiques (Yildiz & Keersmaeckers, 2001). Selon ce constat, le traitement a donc peu de chances de se finaliser positivement (Verdurmen et al., 2004).

En Belgique, on possède particulièrement peu d'information quant à, d'une part, la prédominance et la nature de l'usage de drogues au sein des minorités d'origines étrangères, et d'autre part, la représentation de ces groupes dans les institutions de soins. On possède également peu d'informations concernant les trajectoires de soins empruntées par ces groupes au sein de l'offre de soins. Deux études accomplies sur des échantillons restreints nous informent que les usagers issus des minorités d'origine étrangères rencontrent différentes barrières (linguistique, religieuse, culturelle, sociale, ...) au niveau de l'offre de soins, et que ces groupes ont davantage recours à des soins médicaux à bas seuil d'exigence (ex. maisons d'accueil socio-sanitaire) qu'à l'offre de soins résidentielle et à plus long terme (Vanderplasschen et al., 2003; Vandeveldel et al., 2003). En outre, les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangères s'avèrent aussi surreprésentés au sein de la population carcérale (Vandeveldel et al., 2004).

## 1.2 *Problématique, objets de l'étude et objectifs*

La **problématique** centrale sur laquelle les chercheurs souhaitent se pencher dans cette étude est la suivante: les usagers de la drogue issus des minorités d'origines étrangères ont-ils moins souvent recours à l'offre de soins existante, ou y ont-ils recours d'une autre façon? Si tel est le cas, dans quelle mesure font-ils davantage appel à d'autres formes de soins? Nous supposons ici que ce groupe-cible a relativement moins recours à l'offre de soins spécialisés (résidentiels) et qu'il sera davantage présent au sein des offres

de soins à orientation médicale, des prisons et des initiatives spécifiques destinées aux minorités d'origine étrangère.

Pour expliquer ces difficultés concernant l'accès aux soins et la trajectoire de soins, les chercheurs se basent sur les **hypothèses** directrices suivantes, hypothèses dont les chercheurs souhaitent tester la plausibilité.

Une *première hypothèse* de travail est celle de la “double exclusion” ou de la “double isolation”. En cas d'usage problématique de substances psychoactives, les membres des minorités d'origine étrangère fortement intégrés à un réseau spécifique (structuré ou non autour des liens familiaux), courent d'abord le risque de sortir de ce réseau, ou d'y être réprimés selon les croyances liées à l'usage de drogues véhiculées au sein de certaines communautés. En outre, ces membres risquent de ne pas avoir accès aux structures de soins externes ou aux réseaux d'accueil, parce qu'ils n'en connaissent pas l'existence, que ces structures leur sont inaccessibles, ou encore parce qu'elles leur paraissent peu pertinentes.

Une *deuxième hypothèse* de travail concerne la “concurrence entre les activités (de prévention et de soins liés à l'usage de drogues) mises en place, d'un côté par des mosquées et des organisations de soins non institutionnalisées, et de l'autre côté par les structures de soins classiques”. Ainsi, diverses associations maghrébines et turques et des organisations de soins autonomes mentionnent dans leurs statuts des activités concernant la prévention en matière de drogues ou le traitement des usagers de la drogue.

Plusieurs mosquées affirment aussi qu'elles jouent un rôle actif en décourageant l'usage de substances psychoactives, et parfois aussi en dispensant des soins. Mais il est particulièrement difficile d'évaluer la réelle portée et l'impact de ces mesures. Il se peut en tout cas qu'elles interfèrent avec les initiatives des structures de soins classiques. Il se peut, au contraire, qu'elles soient envisagées comme complémentaires aux institutions ambulatoires et résidentielles, au sein desquelles les minorités d'origine étrangère sont sous-représentées.

Une *troisième hypothèse* de travail est celle de “l'aveuglement culturel” des programmes de prévention et thérapeutiques existants. Selon cette hypothèse, on ne tient pas suffisamment compte des influences culturelles (Castro & Alarcon, 2002), alors qu'il semble important d'intégrer une série de variables culturelles dans l'offre de soins existante, afin d'élaborer des traitements prenant en compte l'aspect culturel et les besoins spécifiques des minorités d'origine étrangère (Castro & Garfinkle, 2003).

Cette étude a trois **objectifs**. Le *premier objectif* consiste à comparer les trajectoires de soins des usagers de la drogue issus des minorités d'origine étrangère, avec celles des autres usagers, et à rechercher les différences existant quant à l'accès, à la participation, et à la rétention dans les diverses institutions et offres de soins généralistes et spécialisés liés à l'usage de drogues.

Une fois l'étude menée sur les différences en matière de trajectoires de soins, le *deuxième objectif* est de les analyser de manière plus approfondie : il s'agit du deuxième objectif de ce projet de recherche. De cette manière, on cherche à observer quels facteurs ou mécanismes peuvent gêner ou stimuler la trajectoire de soins des minorités d'origine étrangère, et dans quelle mesure.

Le *troisième objectif* consiste à formuler des recommandations concrètes afin d'éliminer les difficultés que les minorités d'origine étrangère rencontrent dans leurs trajectoires de soins.

### **1.3 Structuration de l'étude**

Au préalable, on a réalisé une **étude de la littérature**, afin d'avoir un aperçu des études menées auparavant dans ce domaine et de théories existantes à propos de notre thématique. Pour ce faire, on a choisi d'étudier tant la littérature néerlandophone et anglophone, que la littérature francophone et hispanophone, supposant que l'approche de la problématique et l'appréhension des données pouvaient se développer différemment. En plus de cette étude de la littérature, des **entretiens exploratoires** furent menés avec des personnes clés spécialistes de la problématique, ceci tant en Belgique francophone que néerlandophone.

Ensuite, au sein du large **volet quantitatif** de la recherche, on a analysé trois ensembles de données existantes, le but étant de donner un aperçu de la problématique décrite ci-dessus. Cette combinaison de trois ensembles différents de données s'est réalisée eût égard aux limites que chacun présentait, afin d'obtenir un aperçu aussi complet que possible de la problématique.

Pour ce faire, dans la première partie de notre rapport, on a utilisé les données issues d'un projet de recherche de l'Unité d'Enseignement et de Recherche 'Orthopédagogie de l'Université de Gand, portant sur la population des usagers ayant recours à l'offre de soins liés à l'usage de drogues dans la région d'Anvers.

Dans la seconde partie de notre rapport, on a analysé les données de l'association *De Sleutel*. Celles-ci portent sur 1880 usagers et illustrent la gravité des problèmes qu'ils rencontrent dans différents domaines de la vie courante (données rassemblées via la version européenne du Addiction Severity Index).

Enfin, le troisième volet de la partie quantitative de la recherche présente l'analyse des données des trois plus grandes *mutuelles* de Belgique, et particulièrement la trajectoire de soins d'un échantillon de 2000 personnes sélectionnées au hasard. A chaque fois, notre but a été la comparaison entre usagers issus des minorités d'origine étrangère et la population en général.

Bien que le volet quantitatif de la recherche soit important, il connaît aussi des limites. C'est pourquoi on a choisi de compléter notre étude par un important **volet qualitatif**. Ce volet qualitatif de la recherche fut mené en parallèle des deux côtés de la frontière linguistique, avec chaque fois deux grandes villes comme point de chute. Pour la partie néerlandophone, le volet qualitatif de l'enquête a été mené à Anvers et Gand ; pour ce qui est de la partie francophone, c'est Bruxelles et Charleroi qui ont été choisis.

Comme le volet qualitatif de ce projet de recherche a été mené parallèlement des deux côtés de la frontière linguistique, il fallait évidemment qu'un accord satisfaisant soit trouvé sur la méthode utilisée.

Pour ce faire, les chercheurs ont consacré le temps nécessaire au *développement d'instruments*, c'est-à-dire à l'élaboration de la grille d'entretien en vue d'en assurer la qualité, à la mise en place d'un fil conducteur pour les focus groups, et celle de schémas et de méthodes d'analyse tant pour les entretiens que pour les focus groups.

Le volet qualitatif de la recherche concernait d'abord la récolte d'*entretiens semi-structurés*, réalisés auprès d'usagers de drogues issus de minorités d'origine étrangère. Au total, 45 personnes ont été interviewées. Vu l'hétérogénéité de la population concernée par l'étude, on a choisi de limiter ce volet de la recherche aux populations d'origine turque ou marocaine, ces deux groupes étant prédominants au sein de la population de non Européens vivant en Belgique. Dans ces entretiens, les chercheurs se sont concentrés sur les différentes trajectoires de soins des personnes concernées, tant sur le plan de leur usage de drogues et de leur usage de soins, que sur le plan de leur propre trajectoire de vie, plus précisément les aspects liés au processus migratoire.

La deuxième partie du volet qualitatif de la recherche confronte les résultats du second volet à un "forum" de personnes clés et d'experts dans ce domaine. Pour ce faire, des *focus groupes* ont été réalisées dans chacune des quatre villes concernées par l'étude.

Comme dernier volet de la partie qualitative de la recherche, on a cherché à visiter des *pratiques intéressantes* existant à l'étranger, afin d'en retirer un aperçu des initiatives en matière d'offre de soins remportant plus ou moins de succès dans leur travail avec des usagers issus des minorités d'origine étrangère. Au total, les chercheurs sont allés à la rencontre de trois 'pratiques intéressantes' dans autant de pays européens différents.

Puisque ce projet traite de données sensibles (dont le critère 'ethnicité'), il a été soumis et approuvé par le Comité Ethique de la Faculté de Psychologie et des Sciences Pédagogiques de l'Université de Gand (approbation 10/10/2006). De même, l'emploi des données rassemblées par les mutuelles a également fait l'objet de l'approbation du Comité Sectoriel pour la Sécurité Sociale et la Santé (Commission Vie Privée) (approbation 08/05/2007, mandat/procuration n° 07/020; pour la décision complète voir le lien suivant : [http://www.bcsc.gov.be/documentation/nl/organisation/SC\\_2007/05-mei/07-020-n075-zorgtrajecten.pdf](http://www.bcsc.gov.be/documentation/nl/organisation/SC_2007/05-mei/07-020-n075-zorgtrajecten.pdf)).

## 2. LES RESULTATS LES PLUS IMPORTANTS

### 2.1 *Les réseaux des trajectoires des minorités ethnico-culturelles*

Durant cette étude, on a pu clairement nous rendre compte que la trajectoire de soins des consommateurs appartenant à une minorité ethnico-culturelle est indissociable de leur trajectoire de consommation, ainsi que de leur trajectoire de vie individuelle, mais également de leur milieu socioculturel et de leur histoire.

Partant de ce constat, on peut parler ici d'un **réseau**, voire d'un **enchevêtrement de trajectoires**. Si on souhaite vérifier dans quelle mesure et de quelle manière la trajectoire de soins de personnes issues de minorités diffère de celle des personnes d'origine belge, il est dès lors absolument nécessaire de prendre en compte cet enchevêtrement de trajectoires dans son entièreté.

Les différents volets de cette étude ont montré que les trajectoires des minorités culturelles ne peuvent être caractérisées de manière univoque. Ainsi, sur base de cette étude, on ne peut pas établir de liens univoques et catégoriels entre, d'une part, l'appartenance à une minorité ethnico-culturelle et, d'autre part, la prévalence et la nature de la consommation. Par conséquent, nous pouvons en conclure que ce sont essentiellement des **facteurs individuels** qui déterminent le déroulement nuancé des diverses trajectoires, tant au niveau de la consommation qu'au niveau du recours aux infrastructures de soins. Scheppers et collègues (2006) sont parvenus à une conclusion similaire à la fin de leur recherche. Ce résultat est sans doute fortement influencé par le fait que le groupe 'personnes issues de minorités ethnico-culturelles' est un groupe difficile à délimiter et pour lequel différents critères peuvent être utilisés (p.ex. les facteurs : nationalité, pays de naissance, pays de naissance des parents, nom, ...). En outre, on doit insister sur **l'hétérogénéité** de l'échantillon. En effet, au sein même de notre échantillon, on trouve quantité de différences concernant la nationalité, le pays de naissance, le milieu socioculturel, l'histoire migratoire, le statut socio-économique actuel, etc. Par ailleurs, on veut insister sur le fait que même l'utilisation des critères nationalité et/ou pays de naissance ne génèrent pas nécessairement des groupes homogènes, car même dans ceux-ci des différences intra-groupe continuent à subsister (p.ex. formation, milieu urbain ou rural). En conséquence, établir de façon univoque un trajet type des minorités culturelles sur base de cette étude se révélerait être un exercice périlleux et surtout infondé. Il s'agit donc de ne perdre à aucun moment de vue la grande **diversité** de ce groupe cible, cette mise en garde est d'ailleurs clairement exposée dans les recommandations.

Quand on compare les trajectoires de consommation et de soins des minorités ethnico-culturelles à celles des personnes d'origine belge, on trouve autant de différences que de similitudes. Par conséquent, il nous est impossible de déterminer de manière univoque s'il existe ou non une différence structurelle entre les trajectoires des minorités ethnico-culturelles et celles des clients d'origine belge. Tout en appelant à la plus grande prudence dans la discussion et l'interprétation des résultats, on veut cependant exposer dans cette conclusion quelques éléments saillants. A cette fin, on se concentrera en toute logique, principalement sur les différences - plutôt que sur les similitudes - entre les trajectoires des personnes issues de minorités ethnico-culturelles d'une part et celles des clients d'origine belge d'autre part, pour aboutir finalement à des recommandations qui permettront de mieux cibler les besoins des consommateurs de drogues appartenant à une minorité ethnico-culturelle.

### **2.1.1 L'importance quantitative et les caractéristiques démographiques et sociales des personnes d'origine étrangère dans les circuits de soin**

Le volet quantitatif nous donne une idée de la **proportion** du nombre de clients d'origine étrangère présents dans les structures offrant des soins liés aux drogues. Malgré la variabilité du mode d'enregistrement et du critère utilisé pour classer les 'personnes appartenant à des minorités ethnico-culturelles' en trois études quantitatives, on a néanmoins constaté qu'à peu près 12 à 20% de clients séjournant dans les structures offrant des soins liés aux drogues (le pourcentage varie selon le critère utilisé) appartiennent à une minorité ethnico-culturelle. Ce pourcentage s'approche du nombre de personnes d'origine étrangère dans notre pays (cfr. NPDATA, 2007).

On a découvert quelques différences marquées en ce qui concerne les **caractéristiques démographiques et sociales**. On voit ainsi que le groupe de clients d'origine étrangère compte significativement moins de femmes que le groupe de clients d'origine belge. En outre, l'âge auquel les clients appartenant aux minorités ethnico-culturelles ont recours à l'offre de services de soins institutionnalisés, est plus élevé.

Vu la différence d'âge, il n'est dès lors pas étonnant que les clients d'origine étrangère habitent plus souvent avec leurs compagnes/compagnons et leurs enfants, tandis que les clients d'origine belge demeurent le plus souvent chez leurs parents ou vivent en couple. Par ailleurs, les clients appartenant à

une minorité ethnico-culturelle habitent plus fréquemment dans une métropole que les clients d'origine belge.

Une autre différence remarquable concerne le critère du statut socio-économique des clients, celui-ci indique clairement que les clients d'origine étrangère se retrouvent dans des situations légèrement plus défavorables et précaires que les clients d'origine belge. En effet, on constate que les premiers sont considérablement plus nombreux à bénéficier du système du maximum à facturer, se retrouvent plus souvent au chômage ou dans un emploi précaire et sont endettés. Cette situation socio-économique moins favorable chez les consommateurs de drogues appartenant à des minorités ethnico-culturelles se voit également confirmée par d'autres études (voir entre autres : Haasen, 2007; Jackson et al., 1996; Schneider, 2001).

### **2.1.2 Modèles et trajectoires de consommation**

La consultation de la littérature concernant la prévalence et le type de drogue consommé dans les minorités ethnico-culturelle présente des résultats contradictoires : là où quelques études indiquent des différences manifestes (Argeriou & Daley, 1997), d'autres ne révèlent que peu ou pas de différences (Adrian, 2002).

Sur base de cette étude, quelques indications nous permettent de dire que les personnes d'origine étrangère font appel à des services de soins suite à des difficultés avec des **substances autres** que celles consommées par les clients d'origine belge. Le volet quantitatif a ainsi révélé que les clients d'origine belge consommaient et abusaient plus fréquemment de l'alcool, tout en ayant également une consommation plus problématique d'ecstasy et d'amphétamines. Par contre, les clients appartenant à une minorité ethnico-culturelle disent consommer plus fréquemment de l'héroïne, de la cocaïne et de la méthadone, ce qui est à mettre en rapport avec leur âge moyen plus élevé. On retrouve également au sein du groupe de clients d'origine étrangère de nombreuses différences portant sur la consommation de substances (cfr. Haasen, 2007). La consommation, d'alcool notamment, est plus basse chez les personnes d'origine marocaine, tandis que chez les personnes originaires des Pays-Bas et de l'Europe de l'Est la consommation est comparable à celle des personnes d'origine belge. Les différences découvertes dans cette étude, entre les modèles de consommation chez les divers groupes ethnico-culturels ne nous permettent pas d'aboutir à des résultats uniformes. D'une part parce qu'on n'a tenu compte que des personnes en traitement et d'autre part parce que certains sous-groupes avaient une taille très restreinte. Cette étude ne nous renseigne pas sur les différences éventuelles dans la façon de consommer, puisque une étude (effectuée dans la province d'Anvers) nous indique que la consommation de drogues par voie intraveineuse est plus fréquente chez les clients d'origine étrangère, alors que cette donnée ne trouve pas confirmation dans les données de l'asbl De Sleutel. Ce résultat est à imputer au mode de consommation de certains sous-groupes ethniques (en particulier ceux originaires de l'Europe de l'Est) moins représentés dans la base de données de différents services de cette asbl.

Etant donné qu'il n'existe presque pas d'études comparables menées en Belgique sur le sujet et que celles menées à l'étranger ne peuvent être extrapolées pour diverses raisons, il nous est impossible dès lors d'avancer une conclusion générale sur les différences en matière de consommation de substances et en matière du mode de consommation. Les résultats de cette étude concernant la consommation de substances doivent par conséquent être interprétés avec précaution.

### **2.1.3 Le recours aux soins de santé et les trajectoires de soins**

Cette étude ne nous permet pas de confirmer l'hypothèse couramment rencontrée dans la littérature consultée, suggérant que les minorités ethnico-culturelles seraient sous-représentées dans les services d'aide aux toxicomanes et qu'elles abandonneraient plus rapidement le traitement. Bien que les résultats de cette étude ne puissent fournir des réponses définitives sur la présence des minorités ethnico-culturelles dans les structures d'aide aux toxicomanes institutionnalisées, on a néanmoins trouvé des indications explicites qui laissent croire que les personnes issues de minorités accèdent sans problème aux services de soins, bien que la qualité des soins dispensés soit différente. De plus, il est clair que certains sous-groupes tels que les femmes, les jeunes et les personnes originaires de l'Europe de l'Est et d'Afrique sont moins bien représentés dans les échantillons étudiés. Ce qui nous laisse supposer que ces sous-groupes en particulier - ainsi que d'autres encore sans doute - appartenant au groupe de consommateurs de drogues

issus de minorités ethnico-culturelles font moins appel à des structures offrant des soins institutionnalisés (traitant ou non la toxicomanie). Cela pourrait cependant aussi signifier que la population de consommateurs au sein de ces groupes est constituée d'une autre façon.

L'étude menée dans la province d'Anvers indique que les personnes d'origine étrangère **arriveraient** plus tardivement dans les services de soins et auraient tendance à quitter ceux-ci précocement. Les clients des minorités ethnico-culturelles ont proportionnellement plus souvent recours aux types de traitement qu'offrent les services de soins **ambulatoires**, tels que des programmes médicaux, des programmes de substitution, un suivi individuel ou un accueil à bas seuil. Suite à cette observation, on remarque que les clients d'origine belge ont plus fréquemment recours à un suivi ambulatoire en raison de problèmes psychologiques et font également plus souvent appel à un psychiatre. Cette donnée peut être recoupée avec une prescription plus fréquente d'anti-dépresseurs chez ces personnes que chez les clients issus de minorités ethno-culturelles, consommateurs de drogues. Pourtant, chaque groupe ethnique est confronté dans des proportions équivalentes à toutes sortes de problèmes psychologiques (notamment la dépression). En ce qui concerne les **services de soins résidentiels** on constate que les consommateurs appartenant à des minorités ethno-culturelles utilisent significativement moins l'offre de soins résidentiels, tant dans les structures de soins spécialisés que dans les services de soins généraux. Cette constatation ne s'applique cependant pas aux personnes d'origine marocaine.

En ce qui concerne l'instance de renvoi, on trouve quelques indications qui révèlent que le réseau informel (compagne/compagnon, famille) et la justice tiennent un rôle plus important chez les minorités ethnico-culturelles. Ensuite, les résultats de l'étude menée dans la province d'Anvers indiquent que l'entretien d'accueil d'un client d'origine étrangère aboutit moins souvent à un suivi, car ces clients ont tendance à arrêter leur traitement en cours de route. Une autre étude est déjà parvenue à la même conclusion (Verdurmen et al., 2004). Par ailleurs, il existe des indications selon lesquelles les soignants renverraient plus souvent les personnes d'origine étrangère vers un autre service, ce qui pourrait signifier que ce groupe cible ne s'adresse pas toujours au service de soins le plus approprié.

Finalement, le volet qualitatif nous révèle l'extrême importance des **mécanismes alternatifs** utilisés par les minorités **pour gérer leurs problèmes de toxicomanie** ("copingmechanismen"). Il peut s'agir d'un séjour de courte ou longue durée dans le pays d'origine, d'un recours plus assidu à la religion, d'une consommation de médicaments alternatifs ou d'une utilisation de soins alternatifs. Le mariage peut aussi constituer un dernier recours pour arriver à maîtriser sa consommation de drogues. La mise en place de tels mécanismes 'alternatifs' se décide souvent à l'issue d'un dialogue avec la famille du consommateur de drogues, mais peut aussi se réaliser sous la pression de celle-ci. Ces mécanismes peuvent soit remplacer les services offrant des soins institutionnalisés liés aux drogues, soit en être le complément. Les deux peuvent apparaître plus ou moins simultanément dans la trajectoire de soin d'une personne, mais également à des moments distincts. Puisqu'il s'agit ici d'une donnée qui peut varier selon la personne.

## ***2.2 Les facteurs influant sur la consommation de drogues et sur l'utilisation des soins***

Les différences dans l'utilisation des soins et dans la consommation de drogues entre les clients issus d'une minorité ethnico-culturelle et ceux d'origine belge, peuvent être attribuées à divers facteurs. Le volet qualitatif a mis en exergue les nombreux obstacles que le premier groupe peut rencontrer lorsqu'il veut accéder ou utiliser l'offre de soins classiques. Le constat du caractère très personnel de ces obstacles s'avère être important. Ceux-ci peuvent en outre fluctuer dans le temps, tout au long de la trajectoire de soins. Cette relativité des obstacles a aussi été pointée par Scheppers et collègues (2006). Ce qui implique que les obstacles rapportés ne peuvent être généralisés, ils peuvent néanmoins servir de ligne de conduite pour résoudre les difficultés rencontrées sur le plan des trajectoires des minorités ethnico-culturelles dans les services de soins.

Un manque de sensibilité culturelle de la part de soignants, des problèmes de langue et de communication, une opposition entre discours médical et discours religieux au sujet de la consommation de drogues et du

traitement de la toxicomanie, mais aussi le rejet d'un programme conçu pour les occidentaux par lequel ils ne se sentent pas concernés et qui ne leur donne pas le sentiment d'être aidés. On ne voit là qu'une partie des obstacles potentiels auxquels les personnes d'origine étrangère doivent faire face lorsqu'ils ont recours à l'offre de services de soins institutionnalisés. Ces facteurs limitant peuvent être de nature pratique, de nature culturelle ou de nature institutionnelle. On replace les obstacles observés dans un cadre plus large en renvoyant le lecteur à l'inventaire de Scheppers et collègues (2006) concernant les barrières potentielles auxquelles les minorités ethniques se trouvent confrontées lorsqu'elles font appel au secteur de la santé publique. Ils subdivisent ces obstacles en trois grands groupes : les obstacles du côté des clients, les obstacles du côté des soignants et/ou les barrières au niveau des services, ainsi que les barrières au niveau du système. Dans les sous-chapitres suivants, on donne un aperçu non exhaustif des barrières rencontrées par les personnes issues de minorités ethno-culturelles.

### 2.2.1 Les obstacles au niveau du client

Dans un premier temps, Scheppers et al. (2006) font état au niveau du client, d'un certain nombre de **variables démographiques** qui pourraient entraver une recherche d'aide, des facteurs tels que l'âge, le fait d'être marié, d'avoir des enfants, d'être une femme, ... Notre étude confirme nettement l'ensemble de ces variables : les femmes, les jeunes et les célibataires sont relativement sous-représentés au sein de l'échantillon de clients appartenant aux minorités ethnico-culturelles.

Un autre ensemble de barrières a trait à des **variables socio-culturelles** telles que l'ethnicité, la formation, la classe sociale et le statut économique, le cadre de vie, les habitudes de vie, le soutien familial et social, la culture, la durée du séjour, l'acculturation, les compétences linguistiques, la communication et la possibilité d'une traduction vers sa langue. Dans ce contexte, la situation sociale précaire (la formation et l'emploi), ainsi que des contacts plus fréquents avec la police et la justice apparaissaient surtout comme des barrières potentielles chez les consommateurs de drogues d'origine marocaine. Les compétences linguistiques sont aussi apparues comme une barrière importante.

Selon Scheppers et co, les **opinions** et les **attitudes** vis-à-vis des soins peuvent également constituer une barrière. Ils entendent par là des facteurs comme l'orientation dans le temps, les opinions sur les buts et les valeurs portant sur la santé et la maladie, la perception des services de soins et des soignants et l'attitude par rapport à ceux-ci, ainsi qu'une certaine connaissance de la physiologie et de la maladie. Cette étude démontre ensuite que le fait de ne pas pouvoir s'identifier à d'autres consommateurs de drogues, d'avoir une perception négative de la qualité des structures de soins, de voir la méthadone comme une drogue, de ne pas comprendre ou apprécier la psychologie et de ne pas se fier, ni faire confiance aux services de soins, constituent autant de barrières potentielles pour les consommateurs appartenant à des minorités ethnico-culturelles.

Les **variables individuelles** peuvent également former une entrave à l'accès des services de soins institutionnalisés. Scheppers et collègues citent dans ce contexte des facteurs tels que les lois liées à l'immigration, les revenus et les moyens financiers, l'accès à la mutualité, les sources de conseils et de soutien, la connaissance des services de santé et la façon d'y accéder, mais aussi la quantité de temps libre et de stress. Notre étude confirme la présence de barrières au niveau de la connaissance de l'offre, de l'accès aux soins et de l'inscription dans une mutualité, mais apporte également des éléments supplémentaires, tels que la motivation, le fait de se percevoir comme un toxicomane, la perception des services de soin comme relevant d'une autre culture, la présence d'un trouble psychologique associé et la croyance de pouvoir parvenir à une abstinence totale.

Par ailleurs le fait de disposer ou non de **sources d'aide dans son propre entourage ou dans la communauté** influe sur la perception de ces obstacles. Scheppers et collègues (2006) citent dans ce contexte : la disponibilité et l'offre de services, les prix des services de santé et du transport, ainsi que la durée du transport jusqu'aux services en question. On peut y ajouter, en se basant sur notre étude, des facteurs tels que le fait de disposer d'un soutien, le fait de se sentir stigmatisé par sa propre communauté, mais aussi de devoir cacher sa consommation de drogues à cause d'une pression de la part de celle-ci.

Ce que Scheppers et collègues définissent comme **la perception de la maladie**, faisant référence à la perception des causes de la dépendance par les minorités ethno-culturelles semble, si l'on se rapporte à notre étude, plutôt faire référence à la perception de la consommation de drogues. Il s'agit ici de facteurs tels que la détention d'informations sur la substance et son action, l'idée que la consommation de drogues reste un tabou, la présence de valeurs religieuses et médicales sur la consommation de drogues et sur l'utilisation des traitements, ainsi que la présence d'une certaine compréhension du problème.

Un dernier ensemble de variables, particuliers à ce niveau, est défini par Scheppers et collègues comme des **habitudes sanitaires individuelles**, faisant référence à un auto-traitement de la personne et à des pratiques spécifiques de soins propres à certains groupes culturels, dont le but est de traiter la consommation de drogues. C'est surtout le volet qualitatif qui nous révèle le recours fréquent des minorités ethno-culturelles à toutes sortes de mécanismes alternatifs (p.ex. retour au pays d'origine, service militaire) et à de l'auto-traitement pour les aider à gérer leurs problèmes de drogues.

### 2.2.2 Les obstacles au niveau du soignant et des services

Le niveau des soignants et des services concerne en premier lieu les **caractéristiques des services** qui pourraient faire obstacle : les procédés et pratiques médicales en vigueur, l'orientation de plaintes urgentes et l'orientation vers un programme spécifique et l'adaptation de celui-ci à des us et coutumes culturelles/ethniques particulières. Pour ce qui est des barrières du côté des soignants, Scheppers et al. (2006) indiquent une série de critères faisant défaut : la sensibilité culturelle et les compétences attenantes, le type de communication, la manière d'informer, l'approche du client, le plurilinguisme ou la possibilité de faire appel à des traducteurs ou des interprètes, une connaissance de la culture du client, l'engagement de la famille dans le programme, la possibilité pour le client de parler de sa foi et de sa spiritualité et la présence d'ensembles parallèles de croyances et usages, font défaut. Ces facteurs apparaissent également de manière importante dans notre étude. En outre, les aspects suivants sont importants : le déroulement de la relation avec le soignant et l'identification avec celui-ci, la langue comme moyen pour exprimer les émotions, la communication, la thérapie de groupe, les effets secondaires des médicaments, les soignants qui perçoivent l'attitude négative de clients par rapport à la méthadone, le fait de déjà avoir rencontré un psychologue et de lui faire confiance, les différences culturelles, l'adéquation entre les attentes et l'offre, le sentiment d'être pris au sérieux, l'évaluation de la qualification du soignant et de la connaissance culturelle que le service est sensé posséder.

### 2.2.3 Le niveau du système

Une troisième série d'obstacles auxquels les clients d'origine étrangère sont confrontés lorsqu'ils font appel à des structures de soins institutionnalisés, se situe selon Scheppers et collègues, au niveau du système. Ils sont d'avis que le **modèle médical**, sur lequel se basent fréquemment les services de soins, pourrait être une entrave pour des clients dont le point de vue repose plutôt sur leur culture et leur religion. Sur base de la présente étude on peut en partie confirmer cette constatation, mais il est aussi à noter que le modèle psychothérapeutique peut créer une barrière pour les personnes issues de minorités ethno-culturelles, moins familières avec une telle approche de la consommation de drogues et de son traitement.

Le deuxième groupe de variables liées au système concerne **la manière dont les services de soins entrent en contact avec le client**. Celle-ci est souvent formelle, impersonnelle et distante. La présente étude démontre à ce sujet le peu d'attrait des personnes d'origine étrangère pour la politique que les services de soins catégoriels liés aux drogues mettent en place à l'attention des groupes cibles.

Ensuite, les **variables organisationnelles** jouent un rôle important, ce sont entre autres : le système d'orientation, la procédure d'accueil et les heures d'ouverture, la manière de fixer les rendez-vous, les listes et les temps d'attente, la durée de la consultation et du traitement, la disponibilité de l'information et la possibilité d'en obtenir une traduction. Il apparaît dans cette étude que les points sensibles sont surtout : les règles institutionnalisées émanant de l'offre de soins, le système d'orientation, la nature institutionnelle et standardisée de l'aide, la confrontation aux temps d'attente et aux listes d'attente et la qualité de la post-cure et du suivi.

On peut encore ajouter une autre dimension à ce niveau : celui du **climat politique** ambiant à l'égard des personnes possédant une autre ethnicité et à l'égard de l'immigration, de la xénophobie, ... (Fassin, 2002). Cette étude a révélé que les consommateurs de drogues appartenant à des minorités ethnico-culturelles (notamment ceux d'origine turque et marocaine) indiquent avoir été un jour ou l'autre confrontés à une attitude raciste dans les services de soins. La prise de position des soignants à l'égard de la discrimination et du racisme peut être soit vécu comme un stimulant, soit comme un obstacle pour recourir aux services de soins institutionnalisés. Les personnes d'origine étrangère accueillent dès lors à bras ouverts les dispositifs existants qui sont de bonne qualité ('good practices'), comme il apparaît dans cette étude. La littérature consultée suggère que le trajet migratoire des personnes d'une autre origine ethnico-culturelle complique leurs trajectoires de consommation et de soins. On ne peut cependant pas établir un lien de cause à effet entre ces facteurs, ne disposant pas de suffisamment de d'indications sur base de cette seule étude.

Cet exposé détaillé des barrières potentielles pour les personnes appartenant à des minorités ethnico-culturelles peut servir de point de référence afin d'obtenir des réponses aux hypothèses formulées.

## **2.3 Hypothèses de recherche**

### **2.3.1 Double exclusion**

La première hypothèse est celle d'une "double exclusion " ou d'un " double isolement ". Selon cette hypothèse, les personnes issues des minorités ethnico-culturelles, bien intégrées dans leur propre réseau (basé ou non sur des liens familiaux) et qui ont une consommation problématique de substances, sont susceptibles en premier lieu de quitter ce réseau ou d'en être exclus suite à une stigmatisation dont la consommation de substances est l'objet au sein de certaines communautés ethnico-culturelles. De plus, il se peut que ces personnes pourraient ne pas trouver le chemin pour accéder aux structures de soins externes ou bénéficier d'un quelconque filet de sécurité, soit parce qu'ils ne connaissent pas l'existence de ces structures, soit parce celles-ci leur paraissent inaccessibles ou non pertinentes.

Cette hypothèse est en partie corroborée par la présente étude. Il semble en effet que certaines personnes d'origine étrangère aient une connaissance limitée en matière de drogues, de leurs effets et des conséquences de ceux-ci. Quand bien même il apparaîtrait que la personne ait une bonne compréhension du problème, sa consommation de drogues risque néanmoins d'entrer en conflit avec les tabous de certaines communautés ethnico-culturelles. Pour éviter cela les consommateurs vont nier ou cacher leur consommation et s'abstenir de chercher de l'aide. Si leur consommation et leur besoin d'être traités finissent par être découverts, ces personnes courent alors le risque de perdre le soutien de leur réseau social ou familial. La relation peut même se dégrader à un tel point que le consommateur perd quasi tout contact avec la communauté. De plus, une connaissance limitée de l'offre et/ou une vision faussée de celle-ci chez de nombreux consommateurs de drogues, semble mettre hors de portée le recours aux services de soins. Ceci pourrait expliquer l'observation des soignants selon laquelle les clients d'origine étrangère font plus souvent appel à des structures de soins quand ils se trouvent dans un stade avancé de dépendance et de marginalisation. Néanmoins, il semble qu'un bon nombre de clients continuent à bénéficier du soutien de leur réseau et de leur communauté, ces derniers les encourageant à s'attaquer à leur consommation abusive de drogues et à s'informer sur les types de services de soins disponibles et/ou à intégrer un de ces services, qu'il soit de type alternatif ou de type institutionnel. Les situations de double exclusion existent donc bel et bien et méritent une certaine attention, même s'ils ne surviennent pas chez tous les toxicomanes appartenant à des minorités ethnico-culturelles, comme le montre cette étude.

### **2.3.2 La concurrence entre les associations d'allochtones, les mosquées et les structures de soins classiques**

La deuxième hypothèse avancée a trait à "la concurrence portant sur les activités préventives et les soins en rapport avec la consommation de substances entre les associations allochtones et les mosquées d'une part et les structures de soins classiques d'autre part". Diverses associations magrébines et turques, ainsi que des associations d'allochtones mentionnent dans leurs statuts, des activités qui ont trait à la prévention et au traitement de la toxicomanie (Jacobs, 2005). Plusieurs mosquées également affirment être actives en

matière de dissuasion de la consommation de substances, ainsi que sur le plan des soins. Evaluer la portée réelle et l'impact de ces associations et de ces mosquées est une tâche difficile, il se peut que ceux-ci interfèrent avec les initiatives lancées par les services de soins classiques, mais il est tout aussi possible qu'ils aient une action complémentaire en arrivant à atteindre des groupes cibles issus de minorités ethnico-culturelles, moins représentés dans les institutions de soins résidentiels ou ambulatoires. Il nous est impossible d'aboutir à une conclusion définitive en ce qui concerne cette hypothèse. En effet, cette dernière n'a pu être corroborée, par manque d'information. Comme déjà susmentionné, il n'est pas évident d'évaluer la portée et l'impact de telles pratiques alternatives. Toutefois, il devient évident qu'un grand nombre de clients d'origine turque ou marocaine utilisent de telles alternatives et que celles-ci ont un certain effet. Par ailleurs, les résultats de cette étude tendent à démontrer que la représentation des clients appartenant à une minorité ethnico-culturelle est plutôt bonne dans les services offrant des soins institutionnalisés, liés aux drogues. Nos résultats indiquent qu'il est possible d'adopter des mécanismes alternatifs pour arriver à gérer sa consommation tout en suivant un circuit de structures catégorielles de soins. Il ne semble donc pas y avoir de réelle concurrence entre les activités organisées par les associations allochtones et les mosquées d'une part, et le circuit de services offrant des soins liés aux drogues d'autre part. En outre, certains signes témoignent d'une volonté d'unir les forces et de travailler en collaboration plus étroite dans le futur par rapport aux consommateurs de drogues appartenant à des minorités ethnico-culturelles.

### **2.3.3 'Aveuglement culturel' ('cultural blindness')**

L'hypothèse de 'l'aveuglement culturel' implique que les programmes de traitement et de prévention existants ne tiennent pas suffisamment compte des influences culturelles (Castro & Alarcon, 2002). L'intégration de quelques variables culturelles dans les programmes existants semble en effet importante pour arriver à développer un traitement qui serait sensible aux différentes cultures et qui saurait répondre aux besoins spécifiques des minorités ethnico-culturelles en matière de traitement (Castro & Garfinkle, 2003).

Sur base de cette étude on peut supposer que l'hypothèse de l'aveuglement culturel est assez plausible. L'information alléguée dans le cadre de cette étude montre en effet diverses lacunes sur le plan de la sensibilité culturelle. Bien que les soignants aient déjà fait des efforts considérables pour rendre l'offre de soins culturellement cohérente, un certain nombre d'éléments continuent à nuire à la sensibilité culturelle des services de soins institutionnalisés. La majorité de ces éléments sont imputables à une disparité de points de vue au sujet de la consommation de drogues et du traitement de la toxicomanie et implique que les points de vue des clients ne sont pas assez pris en compte dans les services de soins. Les soignants feraient preuve de trop peu d'ouverture et de flexibilité par rapport aux autres opinions, particularités, besoins et valeurs. Ils suivraient les programmes et les procédures préétablis au pied de la lettre. Cependant, une offre de soins qui accentue l'introspection, la communication de sentiments, etc., confère généralement aux clients d'origine étrangère un sentiment d'être moins bien aidé. Une telle impression amène les clients appartenant à des minorités ethnico-culturelles à voir les soignants comme des incompetents et à se méfier de ceux-ci.

Les dispositifs institutionnalisés qui font preuve d'un certain degré de sensibilité culturelle, sont mieux évalués et plus appréciés par les personnes appartenant à des minorités. Puisque ces dispositifs leur font une place et les amènent à se sentir acceptés dans leur identité culturelle. En conséquence, les efforts déjà fournis à ce jour par les soignants, ainsi que les efforts à venir doivent faire l'objet d'un encouragement et d'un soutien continu, afin d'arriver un jour à une sensibilité culturelle dans tous les services de soins.