

Migrants et Minorités Ethniques
Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité
des services pour usagers de drogues

Migrants et Minorités Ethniques
Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité
des services pour usagers de drogues

Charlotte De Kock
Lyssa Toyinbo
Fred Laudens
Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Carla Mascia
Stéphane Leclercq
Sandrine Janssens
Dirk Jacobs
Tom Decorte

Charlotte De Kock, Lyssa Toyinbo, Fred Laudens, Sébastien Alexandre, Pascale Hensgens,
Carla Mascia, Stéphane Leclercq, Sandrine Janssens, Dirk Jacobs & Tom Decorte
Migrants et Minorités Ethniques
Recueil sur l'accessibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues
Oud-Turnhout / 's-Hertogenbosch
Gompel&Svacina
2020

119 p. – 24 cm
ISBN 978-94-6371-175-3
D/2019/14.401/79
NUR 751/747

Image de couverture : Liesbet De Kock

© 2020 Gompel&Svacina et les auteurs

Tous droits réservés. Les informations, chiffrées ou textuelles, communiquées dans ce livre ne peuvent pas être adaptées, traduites, reproduites ou diffusées, en tout ou en partie, gratuitement ou contre paiement, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation préalable et écrite des auteurs et des éditeurs.

Les textes et données diffusés dans ce livre ont été sélectionnés avec le plus grand soin. Toutefois, nous ne pouvons pas garantir que ces informations soient toujours parfaitement à jour, complètes et correctes. Auteurs et éditeurs ne peuvent être tenus pour responsables d'un dommage quelconque ou de tout autre inconvénient résultant de la lecture de ce livre.

Gompel&Svacina bvba
Editeurs

Reebokweg 1, B-2360 Oud-Turnhout | info@gompel-svacina.be
Rietveldenweg 60, NL-5222 AS 's-Hertogenbosch | info@gompel-svacina.nl
www.gompel-svacina.eu

Table des matières

| | |
|--|----|
| Préface | 9 |
| 1. Introduction | 13 |
| 1.1 Mode d'emploi | 15 |
| 1.2 Qui ? De qui s'agit-il réellement ? | 17 |
| 1.3 Pourquoi ? De la nécessité de ce recueil | 18 |
| 1.4 Comment ? De l'égalité des soins à la pensée transversale dans une perspective écosociale | 19 |
| 1.5 Structure du recueil | 22 |
| 1.6 Des pratiques inspirantes ? | 24 |
| 2. Prévention et intervention précoce | 27 |
| ① Brochure : Tabac, alcool et autres drogues en Belgique | 28 |
| ② Prévention de l'usage de drogues chez les jeunes issus de l'immigration | 29 |
| ③ Tuppercare (fêtes à la maison) | 30 |
| ④ Prévention pour demandeurs d'asile | 31 |
| ⑤ Soutien parental | 33 |
| ⑥ Mind-Spring® et autre soutien psychosocial aux réfugiés | 36 |
| ⑦ Intervention précoce via des groupes de travail avec les jeunes consommateurs de drogues | 37 |
| 3. Soins (spécialisé drogues)/réduction des risques | 39 |
| 3.1 Niveau micro : professionnel (drogues) – usager de soins | 39 |
| 3.1.1 Attention à la diversité dans la relation de soin | 39 |
| ⑧ Entretien de Formulation Culturelle (EFC) | 40 |
| ⑨ Ecogramme | 41 |
| ⑩ Analyser les spécificités culturelles d'une famille | 42 |
| ⑪ Soins de santé par statut de séjour | 43 |

| | | |
|-------|--|----|
| ⑫ | Soutien pour le travail avec des réfugiés reconnus | 43 |
| ⑬ | Guider les MEM et discuter consommation de substances | 44 |
| ⑭ | Soins accessibles aux Roms : trucs & astuces | 47 |
| 3.1.2 | Support linguistique et médiation | 48 |
| ⑮ | Médiation interculturelle | 48 |
| ⑯ | Traduction et interprétation dans le secteur social bruxellois | 50 |
| ⑰ | Interprétation sociale et traduction | 51 |
| ⑱ | Drogues ABC dans votre langue | 53 |
| ⑲ | Carnets de premier accueil format « poche » et audio | 53 |
| 3.2 | Niveau meso : travailler sur la diversité dans l'aide aux usagers de drogues | 55 |
| 3.2.1 | Soutien à l'interculturalisation de l'organisation | 55 |
| ⑳ | Outil de réflexion | 56 |
| ㉑ | Conseils et accompagnement | 58 |
| ㉒ | Jeu de théorème | 59 |
| ㉓ | Instrument de mesure de l'interculturalisation | 59 |
| ㉔ | Profil de compétence | 61 |
| ㉕ | L'indicateur de seuil | 61 |
| 3.2.2 | Outreach et partenariats | 62 |
| ㉖ | Reach out ! | 63 |
| ㉗ | Méthode PACCT® : Psychiatry Assisting the Cultural diverse Community in creating healing Ties | 65 |
| ㉘ | Transit : accueil bas seuil inconditionnel | 65 |
| ㉙ | Travail en réseau | 66 |
| 3.3 | Établir des passerelles entre le soin aux usagers de drogues et le travail social général | 68 |
| ⑳ | Une politique alcool et drogues dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile | 69 |
| 3.4 | Connexion : être capable de renvoyer le MEM vers du soin en toxicomanie ou en santé mentale | 70 |
| ㉑ | Guide et orientation pour des soins de santé mentale accessibles aux réfugiés à Bruxelles | 71 |
| ㉒ | Accompagnement mobile dans l'aide aux usagers de drogues | 71 |
| ㉓ | Assistance médicale Médecins du Monde | 72 |
| ㉔ | Equipe de Liaison et d'accompagnement pour demandeurs d'asile | 74 |

| | |
|---|-----|
| (35) POZAH : Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis (Soutien psychiatrique et prise en charge des demandeurs d'asile à domicile) | 75 |
| (36) Feuille de route des réseaux (de soins) | 76 |
| (37) S'orienter en Flandre | 79 |
| (38) Soins dans d'autres langues | 80 |
| (39) Groupes d'auto-support | 81 |
| (40) Conventionner un centre pour usagers de drogues avec un ou plusieurs CPAS | 81 |
| 3.5 Les MEM peuvent être orientés hors du secteur du soin (spécialisé en toxicomanie) | 82 |
| (41) Accompagnateurs en diversité | 82 |
| (42) Trouvez son chemin via le smartphone | 83 |
| (43) Soutien juridique | 84 |
| (44) Activation sociale/réinsertion sociale | 85 |
| (45) Accompagnateur de trajet pour réfugiés/Housing Café | 85 |
| (46) Mentor 2 work | 87 |
| 4. Pratiques inspirantes chez nos voisins | 89 |
| 4.1 Etude européenne et rapport drogues 2014 | 90 |
| 4.1.1 Groupes cibles | 90 |
| 4.1.2 Secteurs et types de soins en assuétudes | 91 |
| 4.1.3 Besoins et objectifs | 92 |
| 4.1.4 Qualité conceptuelle et d'évaluation | 93 |
| 4.2 Apprendre de l'Europe ? | 94 |
| 5. En savoir plus | 97 |
| 5.1 Organismes de soutien | 97 |
| 5.2 Littérature spécialisée | 100 |
| 6. Conclusion et réflexion | 105 |
| Bibliographie | 115 |

Préface

Ce recueil est l'un des deux résultats du projet MATREMI, acronyme pour « mapping and enhancing substance use treatment for migrants and ethnic minorities (MEM) ».

Le projet MATREMI a été financé par la Politique scientifique belge en 2019 (www.belspo.be, DR/84). Ce projet fait suite à la recherche PADUMI (« patterns of drug use among migrants and ethnic minorities ») (www.belspo.be, DR/69).

Le premier objectif du projet MATREMI est théorique : mieux cartographier les migrants et minorités ethniques (MEM) dans l'aide et le soin en toxicomanie sur base d'un enregistrement des patients. Vous pourrez prendre connaissance de cet objectif et des recommandations politiques qui l'accompagnent en consultant le rapport MATREMI en ligne (www.belspo.be). Le second objectif est d'identifier des pratiques inspirantes visant à améliorer l'accessibilité aux services, le maintien en traitement et la prise de contact des MEM avec les services de toxicomanie dans le pays et à l'étranger.

Le présent recueil veut donc présenter les pratiques inspirantes aux professionnels du soin en Belgique. Il rassemble des pratiques aussi bien du nord que du sud du pays. Ce projet a été coordonné par l'Université de Gand (UGent) (Charlotte De Kock, Pr Tom Decorte), en étroite collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles (ULB) (Dr Carla Mascia, Pr Dirk Jacobs) et avec les organisations faitières représentant le traitement spécialisé en toxicomanie en Belgique : le Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) (Lyssa Toyinbo, Fred Laudens), la Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO BXL) (Sébastien Alexandre, Stéphane Leclercq, Sandrine Janssens) et la Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes (Fedito Wallonne) (Pascale Hensgens).

La coopération étroite entre partenaires académiques et professionnels spécialisés en toxicomanie a permis aux collaborateurs du projet de rester à la pointe de l'actualité professionnelle. Le projet initial se concentrait sur l'aide aux toxicomanes en particulier et s'étendait au domaine de la prévention.

En outre, l'équipe s'est également basée sur une expertise dans le domaine plus vaste de l'aide et du soin (en ce compris les CPAS et les services d'aide généraliste). [Des recherches antérieures](#) avaient montré que ces services s'adressaient souvent aux personnes d'origine immigrée qui ne bénéficiaient pas de l'aide aux usagers de drogues.

Ce recueil donne un aperçu des pratiques existantes au Nord comme au Sud du pays. Le contexte socio-politique et l'offre de soins varient évidemment d'une langue à l'autre. Le traitement du groupe cible des MEM est également différente dans les régions belges : dans la partie francophone du pays, on met davantage l'accent sur la vulnérabilité de groupes cibles que sur « l'origine ethnique ». En présentant ces pratiques ensemble, nous espérons susciter la curiosité et peut-être briser les murs et les divisions entre services et secteurs.

Ce recueil donne un aperçu rapide et utile des pratiques que le professionnel peut utiliser pour soutenir ce groupe cible qui a souvent des difficultés à obtenir des soins. Le lecteur peut donc utiliser ce recueil de deux façons : aller directement au point « [1.1. Mode d'emploi](#) » ou prendre le temps de lire l'introduction en entier pour en apprendre davantage sur la situation en Belgique et le projet de recherche MATREMI.

Bon nombre des pratiques décrites dans le présent recueil peuvent être utilisées rapidement et avec un investissement minimal. Les pièges et les obstacles décrits permettent également de tirer des leçons de l'expérience antérieure de ces pratiques. Le lecteur trouvera également chaque fois un renvoi à plus d'informations qui lui permettront de commencer immédiatement la pratique.

Nous aimerions terminer par un mot de remerciement pour Aziz Naji (Directeur du Programme Drogues, Belspo) et son assistante Emmanuèle Bourgeois. Nous tenons également à exprimer notre gratitude à tous les prestataires de soins dans, entre autres, les Services de Santé Mentale (SSM), les associations indépendantes, le point d'appui des Soins de Santé Mentale, les Centres de santé de quartier et les services spécifiques en toxicomanie pour avoir partagé leur expertise et expérience lors des

entretiens et des groupes de discussion. Nous remercions en particulier Katarsis, CGG Mandel & Leie, CGG Waas & Dender et ADIC.

Cher lecteur, nous espérons de tout cœur que ce recueil pourra vous soutenir dans vos pratiques quotidiennes.

Les auteurs

Charlotte De Kock
Lyssa Toyinbo
Fred Laudens
Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Carla Mascia
Stéphane Leclercq
Sandrine Janssens
Dirk Jacobs
Tom Decorte

1. Introduction

Dans un rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions), Jane Fountain (1) souligne qu'il est important de ne pas utiliser l'identité ethnique comme indicateur de vulnérabilité (pour l'usage de drogue). Identifier les caractéristiques liées à l'ethnicité (telles que la religion) en tant que facteur de risque peut en effet renforcer la stigmatisation sociale des personnes issues de l'immigration.

Cependant, les migrants et minorités ethniques (abrégés par MEM dans la suite du texte) sont souvent surreprésentés dans les groupes socialement exclus et vulnérables, et sont plus souvent confrontés à la discrimination. Ces facteurs peuvent inciter à la consommation de substances ou au maintien d'une consommation problématique (2) (3). Par exemple, la dernière note de programmation de l'EMCDDA (4) indique qu'en Europe, les MEM méritent une attention particulière dans la politique et la pratique du traitement lié aux drogues dans les pays européens pour la raison suivante :

« Certains [MEM] pourraient être plus vulnérables à la toxicomanie pour des raisons telles que le traumatisme, le chômage et la pauvreté, la perte de soutien familial et social et le passage à un cadre normatif différent. » (EMCDDA, 2019)

Des études exploratoires sur le traitement de la toxicomanie en Belgique montrent que les personnes issues de l'immigration s'adressent plus tard à des services spécialisés, pendant une période plus courte et que les femmes sont sous-représentées par rapport aux Belges (5).

Il a également été constaté que les personnes d'une **nationalité étrangère** sont sous-représentées dans les établissements de soins de longue durée et surreprésentées dans les centres d'accueil médico-sociaux à bas seuil (MASS) par rapport à leur présence dans la population générale en 2012-2013 (6). Par rapport aux Belges, les

personnes ayant une nationalité étrangère qui suivent un traitement pour toxicomanie ont un risque plus élevé d'avoir un faible niveau d'instruction, un travail précaire, une situation de logement précaire ou d'être au chômage (7). En d'autres termes, ces personnes ont une plus grande vulnérabilité socio-économique.

Les femmes ayant une nationalité non-européenne, quant à elles, sont presque absentes de traitement lié à des problématiques drogues en Belgique (7). Pour **les réfugiés et les demandeurs d'asile**, l'accès au traitement spécialisé et de longue durée est très limité en raison des modalités de « l'aide médicale urgente »¹ (8) (9). Enfin, il semble que **les personnes d'origine européenne non belge**, les demandeurs d'asile et les réfugiés n'aient qu'une connaissance limitée de l'offre d'aide pour les problématiques liées à l'usage de drogues (10) (11).

En Belgique, tant en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles, l'aide et le soin des usagers de drogues issus de l'immigration posent donc des questions complexes concernant l'accessibilité des services, l'atteinte de ce(s) groupe(s) cible(s) et le maintien en traitement² (par rapport à la qualité et aux résultats des soins).

Les personnes issues de l'immigration non-européenne, mais aussi les personnes ayant une nationalité d'Europe centrale et orientale, les femmes d'origine immigrée qui consomment des drogues, les demandeurs d'asile et les réfugiés constituent des groupes cibles vulnérables. Ceci concerne aussi bien les facteurs menant à la consommation de drogues et l'accès aux soins que l'achèvement d'une trajectoire réussie d'aide aux usagers de drogues.

De nombreuses études ont donc formulé des recommandations telles que la mise en place d'actions (préventives) de sensibilisation pour améliorer les connaissances sur la consommation de substances et le traitement de la toxicomanie chez les migrants

-
- 1 **L'aide médicale urgente** (AMU) vise à garantir l'accès aux soins médicaux pour les personnes qui n'ont pas le statut de résident légal. Elle se limite, comme l'indique le terme, à l'aide médicale d'urgence, ne faisant souvent pas intervenir des soins de santé mentale. En outre, le gouvernement n'a pas déterminé à quels soins médicaux les personnes sans domicile légal ont droit et ceux auxquels ils n'ont pas droit. Il appartient au médecin traitant de déterminer si des soins médicaux sont nécessaires pour protéger l'intégrité physique et mentale de la personne.
 - 2 Le maintien des soins et le suivi de la thérapie peuvent contribuer à la réussite et/ou à l'achèvement d'un processus de rétablissement (réduction de la consommation ou abstinence) ; par conséquent, le maintien en traitement est un indicateur de la qualité des soins (12).

intra-européens, les demandeurs d'asile et les réfugiés, les femmes immigrées, mais aussi les personnes de deuxième, troisième et quatrième génération (5) (10) (13-15). La mise en place de services mobiles et l'outreach ont également été mis en avant en tant que pratiques susceptibles d'accroître l'accessibilité du service, par exemple pour les usagers injecteurs (16) (18).

Enfin, en 2011, à la demande de la Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé, Maggie De Block, des recommandations ont été formulées pour optimiser la politique de santé pour les MEM (8) (9). Parmi les huit recommandations prioritaires, faites au niveau macro, il y avait notamment la simplification de la procédure d'aide médicale urgente et l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé (mentale). En outre, le groupe d'experts a souligné que la mise en œuvre de nouvelles mesures devait être soutenue structurellement et par les autorités.

1.1 Mode d'emploi

Dans ce recueil, nous souhaitons donner des idées pour renforcer l'accessibilité, la prise de contact et le maintien en traitement des MEM dans l'aide aux usagers de drogues.



Figure 1. Se concentrer sur le traitement de la toxicomanie pour les MEM

Vous trouverez dans ce recueil des actions et des projets spécifiques que vous pouvez aborder de deux manières différentes :

1. Via la table des matières;
2. Via le court aperçu suivant les groupes cibles principaux (répondant, population MEM, organisation) et l'objectif de la pratique (voir ci-dessous) :

| | Chapitre | Page |
|---|----------|------|
| Prévention | | |
| Je veux/nous voulons prévenir l'usage problématique et/ou intervenir tôt | 2. | 27 |
| Micro – professionnel de soin & patient (potentiel) | | |
| Je veux/nous voulons être en mesure de mieux prendre en charge des patients aux profils diversifiés | 3.1.1 | 39 |
| Je veux/nous voulons un soutien linguistique | 3.1.2 | 48 |
| Meso – l'organisation | | |
| Je veux/nous voulons travailler à une politique de diversité inclusive dans l'aide aux usagers de drogues | 3.2.1 | 55 |
| Je veux/nous voulons travailler à une politique drogues adaptée à notre organisation | 3.3 | 69 |
| Meso – personnes d'origine migratoire et minorités ethniques | | |
| Je vous/nous voulons mieux atteindre différents groupes cibles | 3.2.2 | 62 |
| Connexion | | |
| Je veux/nous voulons être en mesure de diriger les patients vers l'aide aux usagers de drogues/les soins de santé mentale | 3.4 | 70 |
| Je veux/nous voulons être en mesure d'orienter les patients vers d'autres secteurs que celui du soin (aux usagers de drogues) | 3.5 | 82 |

Nous mettons donc l'accent sur deux points essentiels : d'une part, les patients et prestataires de soins et, d'autre part, le contexte de ces acteurs.

Par ailleurs, nous constatons qu'aujourd'hui une grande attention est accordée au soutien des compétences culturelles au niveau micro, celui du prestataire de soins, mais qu'au niveau du contexte organisationnel, une réflexion critique doit encore être développée sur le système de santé et sur le contexte de l'utilisateur de soins d'origine étrangère, pour apporter une réponse à l'usage problématique de drogues (19).

Premièrement, nous établissons une distinction analytique entre trois niveaux :

- 1) **le niveau micro du patient** et son contexte méso (minorité ethnique, contexte social) et macro (socio-économique) d'une part,
- 2) **le niveau du professionnel de soins en toxicomanie** et de son contexte méso (traitement de la toxicomanie), et
- 3) **le niveau macro** (système de santé et vision) d'autre part.

Deuxièmement, nous nous concentrons sur **le lien entre les niveaux micro, méso et macro** afin de réduire l'écart entre les personnes issues de l'immigration et le secteur des soins en toxicomanie.

Enfin, nous soulignons la nécessité de **miser sur tous les niveaux et sur tous les acteurs** et de faire soutenir cela par les politiques, afin que les migrants et les minorités ethniques puissent également bénéficier d'un accès égal aux soins et à la qualité des soins.

1.2 Qui ? De qui s'agit-il réellement ?

On estime que 20% de la population belge est issue de l'immigration (20) et que la diversité ne cesse de croître, notamment dans les zones urbaines. Si nous ne prenons que la « nationalité » dans les statistiques démographiques, ce pourcentage tombe à 11% (21).

Les personnes ayant la double nationalité et les personnes venant d'acquérir la nationalité belge sont indiquées comme Belges dans le registre de nationalité. Nous pouvons distinguer trois groupes sur base des statistiques de la population belge :

- 1) **les personnes de nationalité non belge** (y compris celles qui ont obtenu une protection internationale et une résidence permanente) ;
- 2) **les personnes issues de l'immigration des deuxième, troisième ou quatrième génération**, ayant la double nationalité ou la nationalité belge, et dont la mère ou le père peuvent être (ou ne pas être) nés à l'étranger ;
- 3) **les réfugiés et les personnes qui n'ont pas (encore) de titres de séjour légaux**, aussi bien ceux qui demandent la protection internationale que ceux qui ne la demandent pas.

Dans ce qui suit, nous optons pour la terminologie combinée « migrants et minorités ethniques » (Migrants and Ethnic Minorities, MEM) et « personnes d'origine étrangère » (30) qui est également utilisée dans le Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique (22), les recommandations d'ETHEALTH (8) et le rapport WHO sur les inégalités dans les soins de santé (23).

Bien que ces larges groupes cibles présentent des caractéristiques variées et changeantes, ils sont souvent exposés à des facteurs de risques similaires. Les expériences individuelles et les antécédents de migration peuvent être une source de force ou de vulnérabilité pour l'individu (24). L'ethnicité et l'appartenance à une « minorité » ou

la catégorisation de l'appartenance à un tel groupe peut alternativement avoir des conséquences sociales et individuelles complexes affectant la santé mentale, l'usage problématique de drogues et la recherche d'aide³.

1.3 Pourquoi ? De la nécessité de ce recueil

Les personnes issues de l'immigration et les minorités ethniques (MEM) vivent souvent plus difficilement dans la société en raison de leur statut de séjour, de leur statut socio-économique, de leurs compétences linguistiques et de la discrimination structurelle ou perçue. Cela a des conséquences sur la santé mentale et peut influencer sur l'usage problématique de drogues – en combinaison avec d'autres facteurs tels que la disponibilité des substances et les mécanismes d'adaptation individuels – et l'accès à des soins appropriés. Il convient de noter, bien entendu, que tous ceux qui appartiennent à proprement parler à une population MEM ne sont pas, par définition, exposés à chacun de ces facteurs de risque.

Il existe peu de recherches en Belgique sur la santé mentale, l'usage problématique de drogues et le traitement de la toxicomanie chez les personnes issues de l'immigration. Comme indiqué dans l'introduction, des études exploratoires montrent que, comme dans d'autres pays (25) (26), l'accès aux soins, l'atteinte des groupes cibles et le maintien en traitement de ces patients sont difficiles. Ce recueil a pour objectif d'inciter les professionnels du secteur et les décideurs politiques à mettre l'accent sur la prise de contact, l'accessibilité et le maintien en traitement de ces groupes cibles.

Factcheck

- La baisse de l'accès aux soins de santé généraux pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté n'est nulle part ailleurs en Europe aussi rapide qu'en Belgique (27).
- La moitié des personnes de nationalité non-européenne vivent en dessous du seuil de pauvreté en Flandre. Ce chiffre est encore plus élevé en Wallonie (28).

3 L'étude des causes de l'usage problématique chez les personnes issues de l'immigration ou de la relation entre l'origine ethnique et l'utilisation des substances ne fait pas partie du champ d'application du projet de recherche MATREMI. Pour une bonne compréhension de l'ethnicité et de la santé mentale, nous aimerions faire référence à un travail de base en psychologie sociale : *Verkuyten, Majkel (2018). The social psychology of ethnic identity. London: Routledge.* L'étude PADUMI (www.belspo.be) a également mis l'accent sur ces relations causales.

- En Flandre, la proportion de personnes qui se disent en mauvaise santé est nettement plus élevée chez les personnes de nationalité extra-européenne que chez les Belges (28).
- Indépendamment du statut de séjour, le groupe MEM présente des symptômes plus dépressifs pouvant être dus aux circonstances socio-économiques et à la discrimination ethnique (29).
- Les usagers de soins liés aux drogues de nationalité étrangère ont un niveau d'emploi et de formation inférieur à celui des usagers de soins de nationalité belge (5) (7).
- La présence d'usagers de soins de nationalités étrangères est forte dans les structures ambulatoires à bas seuil d'accès (MASS) et faible dans les structures résidentielles à haut seuil (5) (7).
- Les usagers de soins liés aux drogues, disposant d'une nationalité étrangère, appartiennent à des groupes d'âges plus élevés que les Belges, ce qui peut indiquer un autre comportement de recherche d'aide et d'orientation (7).
- Les femmes issues de l'immigration extra-européenne sont pratiquement absentes du traitement de la toxicomanie (7).
- Les demandeurs d'asile ont un accès limité aux structures de soins liées à l'usage de drogues (8).

La factcheck ne donne qu'une image limitée de la situation des MEM ayant un usage problématique ou non de drogues. Cependant, les recherches existantes indiquent qu'il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux vulnérabilités susmentionnées des MEM et aux inégalités dans le traitement de la toxicomanie.

1.4 Comment ? De l'égalité des soins à la pensée transversale dans une perspective écosociale

La structure et le contenu de ce recueil part de la combinaison de trois perspectives théoriques⁴ :

- 1. Perspective d'égalité des soins de santé** : L'égalité des soins de santé est réalisée lorsque des personnes ayant des besoins similaires reçoivent des soins similaires

4 Pour une explication détaillée de ces trois perspectives théoriques combinées, nous renvoyons à (42) (30).

(égalité horizontale) et lorsque des personnes ayant des besoins plus importants reçoivent des soins spécifiques qui répondent à ces besoins (égalité verticale) (31).

2. **Perspective écosociale des inégalités de santé** : Les déterminants d'inégalités de santé, telles que les causes et la prévalence de l'usage problématique, mais aussi le recours à des soins appropriés, concernent non seulement l'individu, mais également son contexte et la société dans son ensemble (32) (33).
3. **Perspective transversale ou intersectionnelle** : Les différences entre les groupes ne peuvent être abordées et comprises qu'en mettant en lien le niveau de l'utilisateur de soins et du travailleur social (micro), le niveau du service dans l'offre d'aide et de soins (méso), et le niveau de la politique de la santé et de la vision générale quant aux réponses à donner à l'usage problématique de drogues et aux inégalités de santé (macro).

L'Organisation Mondiale de la Santé s'efforce d'offrir des soins de santé égaux, équitables et justes pour tous. Cela signifie que nous devons tenir compte des besoins particuliers des groupes cibles vulnérables (34). Cette stratégie est identifiée dans le cadre du « Plan stratégique : Les Flamands vivent en meilleure santé en 2025 » comme « universalisme proportionnel ».

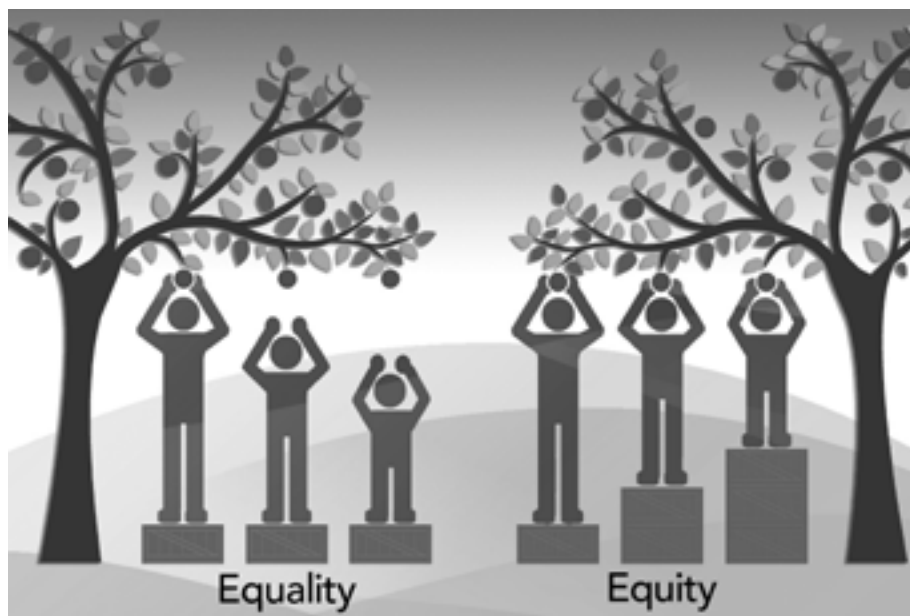


Figure 2. L'égalité n'est pas la même chose que l'équité

La **perspective écosociale** a été développée à partir de la question clé « *qui ou quel est le moteur des inégalités sociales de santé ?* ». Nancy Krieger affirme que les causes des inégalités de santé ne se situent pas seulement au niveau (micro) de l'individu (35) (36). Les déterminants doivent également être identifiés et traités au niveau des groupes sociaux et des organisations (méso) et au niveau du gouvernement et de la société (macro). Elle soutient que les caractéristiques de la population résultent du développement dynamique permanent d'individus (micro) appartenant à des groupes sociaux (méso) influencés par le contexte social et écologique plus large (macro).

Margarita Alegria a utilisé cette perspective pour mieux comprendre les inégalités dans le traitement de la toxicomanie. Elle soutient que les inégalités dans le traitement de l'abus de drogues se produisent lorsque des inégalités dans le système de santé interagissent avec des inégalités dans le contexte social des personnes issues de l'immigration. Elle souligne également que l'absence de cadre général pour la recherche sur les structures, les processus et les mécanismes – qui sont à la base des inégalités – empêche le développement d'interventions (37).

La perspective écosociale nous permet d'identifier et de traiter les disparités (et leurs causes) à trois niveaux (les niveaux micro, méso et macro).

Bien entendu, il est important de ne pas isoler ces niveaux et pour cela, nous pouvons faire usage, aussi bien en matière de recherche que d'offre de soins, de la **réflexion transversale** (38) (39). Cette théorie est née d'une critique du féminisme des débuts.

Kimberley Crenshaw a été la première à indiquer que le féminisme des débuts visait principalement les femmes blanches et, par conséquent, ne prêtait pas suffisamment attention aux vulnérabilités et à la discrimination supplémentaire des femmes noires aux États-Unis.

La pensée transversale est utilisée pour comprendre les inégalités individuelles dans un contexte plus large, en cartographiant le croisement de différents facteurs individuels (sexe, appartenance ethnique, statut socio-économique, etc.) et l'inclusion de facteurs plus structurels plutôt qu'individuels (par exemple au niveau méso l'organisation de l'offre de soins en matière de drogues et au niveau macro le système de santé).

1.5 Structure du recueil

En combinant une perspective d'égalité, une perspective écosociale et une réflexion transversale, nous arrivons à un cadre qui nous permet d'analyser et de combattre les inégalités en matière de traitement lié à l'usage de drogues (30). Cette perspective repose donc sur le fait que différentes inégalités peuvent se croiser et engendrer de plus grandes inégalités, tant au niveau du (potentiel) usager que du professionnel de soins en toxicomanie.

C'est ainsi que les niveaux micro, méso et macro s'influencent à la fois au niveau du (potentiel) usager et du professionnel de soins. L'usager et le professionnel restent naturellement les deux acteurs les plus importants en ce qui concerne l'accompagnement et le traitement, mais leur expérience doit être replacée et soutenue dans un contexte plus large.

Les chapitres de ce recueil (voir [la table des matières](#)) s'inspirent donc de cette perspective et se situent principalement aux niveaux micro (usager – professionnel de soins) et méso (communautés ethniques/contexte social – traitement de la toxicomanie).

« La relation entre le prestataire et l'usager de soins ne peut réussir que si l'organisation dispose de suffisamment d'espace et de temps pour travailler sur l'interculturalisation de l'ensemble de l'organisation. »

(Jalhay et al., 2016, p. 19) (24)

Cette approche est conforme à la vision des soins prenant en compte les aspects culturels (24) (40) qui a été développée dans le *Reflectietool Cultuursensitieve Zorg* par VIVO vzw, l'Agentschap Integratie en Inburgering et l'Atlas Integratie en Inburgering stad Antwerpen, avec le soutien du département du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille du gouvernement flamand. Dans cette vision, les dimensions micro et méso sont centrales (24) (41).

- Micro : Les soins tenant compte de la culture supposent une attitude prêtant attention aux aspects culturels dans la relation de soins individuels ;
- Meso : Les soins tenant compte de la culture s'inscrivent dans une politique organisationnelle plus large. L'organisation doit créer des conditions préalables. Une politique tenant compte de la culture est nécessaire pour l'intégration.

Uniquement les travailleurs sociaux, les patients et les organisations ? Sur base de la perspective écosociale, nous voulons souligner l'importance de la perspective macro-économique. Le contexte sociopolitique, le système de santé et la vision dominante de « bons soins » influencent l'accessibilité, mais aussi le maintien en traitement et la prise de contact du MEM avec les services de soins en toxicomanie. En tant que prestataire de soins, il est crucial de tenir compte de ce cadre macroéconomique et de respecter son influence sur la formation de l'identité et la relation de soins, mais également sur son attitude professionnelle.

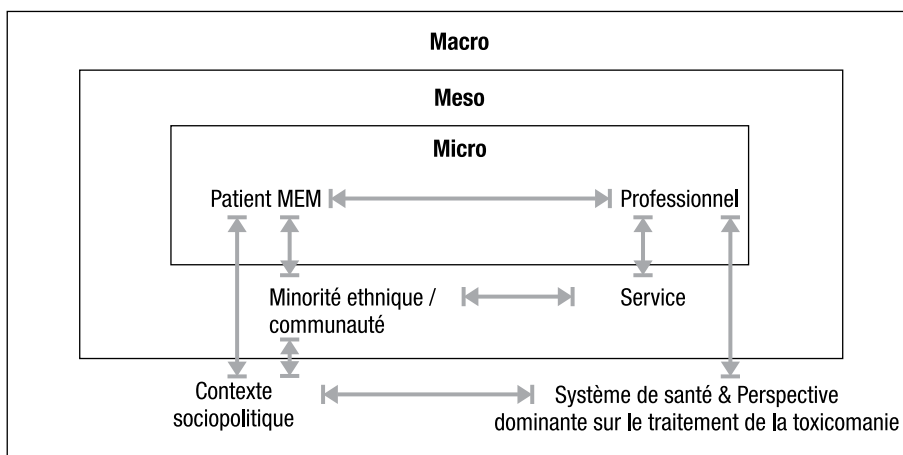


Figure 3. Une perspective écosociale dans le traitement de la toxicomanie (42) : adaptation basée sur Krieger et ses collègues, 2013 (Epidemiology and the People's Health) (19)

Dans ce recueil, nous nous concentrons principalement sur l'appui au contexte micro et méso puisque les pratiques en matière de politique dans ce domaine spécifique sont pratiquement inexistantes. Pour des recommandations au niveau macro, nous vous conseillons le rapport complet du Belspo (www.belspo.be) et les recommandations contenues dans le *Livre blanc sur l'accès aux soins de santé* (22), dans *l'ethnicité dans la santé et le bien-être* (43) et les recommandations de l'étude *ETHEALTH* (8).

Vous trouverez plus d'informations sur les droits des patients en matière de santé selon leur statut de séjour au chapitre « Soins de santé par statut de séjour » (p. 43), les dynamiques au niveau européen à la section « Pratiques inspirantes chez nos voisins » (p. 89) et le contexte politique belge dans le rapport MATREMI (www.belspo.be).

L'accessibilité de centres locaux de santé en Belgique

Les Centres locaux de santé en Flandre et les Maisons Médicales de la partie francophone du pays veulent garantir des soins accessibles à tous. Ils utilisent une approche multidisciplinaire et universelle. Ces centres attachent une grande importance à l'intégration dans le quartier, à la consultation multidisciplinaire et à la participation des patients.

Il n'est pas rare que ces centres se concentrent sur des projets de *santé communautaire* axés à la fois sur la santé physique et mentale du MEM. L'association des centres de santé de quartier flamands et bruxellois s'efforce de « faire de la santé un droit fondamental pour tous » et de « réduire les inégalités sociales en matière de santé ».

Plus d'infos : www.vwgc.be et www.maisonmedicale.org

1.6 Des pratiques inspirantes ?

Trois méthodes ont été utilisées pour identifier des pratiques inspirantes :

1. Une enquête en ligne (réalisée en avril 2019), dirigée vers les grands services de toxicomanie et les secteurs voisins en Belgique ;
2. Des entretiens avec 32 experts en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles ;
3. L'inclusion de pratiques connues des partenaires du projet (VAD, Fédito BXL, Fédito Wallonne et Université de Gand sur la base du projet de recherche « Les habitudes de consommation de substances chez les migrants et les minorités ethniques » [PADUMI] www.belspo.be).

L'enquête en ligne avait pour principal objectif d'identifier le plus largement possible les pratiques visant l'accessibilité du service, la prise de contact et le maintien en traitement des personnes issues de l'immigration dans le secteur du soin pour usagers de drogues.

A partir d'une vision du traitement de l'abus de drogues axée sur le rétablissement (44) et la socialisation des soins (45), l'objectif était d'identifier les options de support les plus larges pour les patients MEM. Les seuls critères d'inclusion étaient :

- Que les pratiques soient axées sur le traitement de la toxicomanie ou les soins de santé mentale pour MEM ;
- Et que les pratiques n'aient pas été menées il y a plus de dix ans.

L'enquête a porté sur l'aide et le soin en toxicomanie (incluant la prévention et la réduction des risques), le groupe cible, les objectifs, la qualité conceptuelle (les actions contribuent-elles à la réalisation de l'objectif?), la qualité de l'évaluation (les pratiques ont-elles été évaluées?). De plus, les défis lors de leur mise en œuvre ont été décrits.

115 répondants néerlandophones et 34 francophones ont répondu aux premières questions du questionnaire. Cependant, les réponses de 109 répondants (88 répondants néerlandophones et 21 francophones) n'ont pas pu être analysées car ils n'avaient pas rempli complètement le questionnaire. En conséquence, seulement 23,5% des réponses en langue néerlandaise et 38,3% des réponses en langue française ont été incluses dans ce recueil.

Pour la méthodologie complète et les résultats de l'enquête et des interviews, nous vous renvoyons au rapport de recherche MATREMI dans sa version intégrale (www.belspo.be). Les pratiques identifiées sur la base du sondage en ligne constituent le noyau de ce recueil. Dans les « paroles de terrain », vous trouverez des extraits des interviews relatives au traitement de la toxicomanie.

Il n'a pas été possible d'identifier une personne ayant la responsabilité finale pour chaque pratique. Les informations sur les pratiques inspirantes de ce recueil sont basées sur les réponses fournies à l'enquête MATREMI. Elles ont été complétées avec des informations disponibles en ligne par les professionnels du projet. L'équipe du projet a cherché à afficher ces informations avec exactitude et sincérité. Les informations contenues dans ce recueil ne reflètent pas l'opinion des organisations qui appliquent ces pratiques et sont la responsabilité des auteurs.

2. Prévention et intervention précoce

La **prévention** peut contribuer, d'une part, à prévenir l'usage (problématique) (46) et, d'autre part, à accroître la connaissance que les gens ont de l'abus de drogues et des troubles associés (47).

Dans le contexte de la prévention, il existe également de nombreuses méthodes qui peuvent être utilisées au cours d'un entretien individuel pour discuter des moyens d'utilisation et de les estimer. Vous trouverez ces méthodes sous « Guider les MEM et discuter consommation de substances » (p. 44).

L'**intervention précoce** se situe à l'intersection entre la prévention et le traitement. Parfois, les signaux indiquant un usage risqué sont reconnus ou remarqués par l'environnement de la personne. Une intervention précoce, bien ciblée et limitée dans le temps, convient mieux qu'un traitement classique.

La littérature internationale présente l'intervention précoce volontaire comme une bonne pratique dans les contextes liés à l'asile, tels que les centres d'asile. Du point de vue du système de santé, une intervention précoce ciblée réduit les coûts du système de santé au niveau du traitement et de l'aide aux usagers de drogues (48) (49).

PAROLES DE TERRAIN

Agents flamands de prévention et intervention précoce

La Flandre dispose d'un réseau d'agents de prévention qui consultent, conseillent et coachent pour la mise en place et la réalisation d'activités de prévention au niveau local ou régional. Les coordonnées des agents de prévention se trouvent dans le guide de référence sur www.vad.be. La méthode d'intervention précoce n'est pas spécifiquement adaptée aux groupes cibles ayant un contexte de migration, mais est en principe utile pour tous les groupes cibles.

Les méthodologies de cette section ont été élaborées (ou adaptées) pour des groupes cibles spécifiques ayant un contexte de migration afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Remarque : dans ce qui suit, certaines pratiques sont limitées à des informations, notamment sur les produits (via des brochures par exemple). Il est important de souligner que des informations seules (connaissances) sont moins efficaces que des méthodes combinées qui répondent, par exemple, à des éléments comportementaux. Combinez donc les informations à des méthodes plus axées sur le comportement.



1

Brochure : Tabac, alcool et autres drogues en Belgique

Quoi ? Vous souhaitez informer les MEM des effets, des risques et de la législation sur le tabac, l'alcool, les médicaments, le cannabis, le speed, la cocaïne, les boissons énergisantes et le jeu.

Comment ? Utilisez cette brochure seule ou comme support pour une autre méthode pour MEM. Par exemple, les brochures peuvent être mises à la disposition des patients dans une salle d'attente ou à votre bureau. La brochure est disponible en néerlandais, français, anglais, arabe, turc, roumain, russe, pachtou, polonais, albanais, somali et dari/farsi.

Défis : Essayez d'adapter les informations de la brochure à la personne devant vous ou de relier les explications à d'autres actions.

Plus d'infos : Téléchargez cette brochure via www.vad.be, cliquez sur la section « materialen » et filtrez votre recherche par groupe cible « Etnisch-culturele minderheden » et/ou utilisez la barre de recherche.

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), prévention, assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, MEM, brochure, soutien linguistique, VL

PAROLES DE TERRAIN

L'enjeu de la traduction

Parmi les différents interviewés, plusieurs travailleurs francophones mobilisent des brochures pour faire passer leurs messages. Néanmoins, la question de la langue est cruciale si l'on veut toucher certains publics migrants :

« Il y a vraiment plein d'outils qui existent pour faire de la réduction des risques, mais (...) c'est beaucoup en français et en néerlandais, mais ce sont des publics qui ne parlent pas forcément les langues dans lesquelles ces brochures sont produites. »

Pour répondre à cet enjeu et traduire les brochures, les personnes que nous avons rencontrées mobilisent différentes ressources : faire traduire par un traducteur ou travailler avec des associations de migrants⁵ qui parlent la langue recherchée. Un des interviewés a attiré notre attention sur un point : la relation de confiance avec la personne ou l'association qui se charge de la traduction. En effet, n'ayant pas de moyen de comprendre le message traduit, il désire que son message soit bien compris par le traducteur et qu'il le traduise fidèlement. Cet interviewé choisit donc de travailler uniquement avec des personnes qu'il connaît et à qui il fait confiance :

« La première brochure que j'ai fait traduire en turc, je ne l'ai pas validée, parce que je n'étais pas tout à fait sûr de la personne qui me l'avait traduite. Et comme je suis incapable de lire, je me suis dit : non, on va trouver quelqu'un d'autre, quelqu'un en qui j'ai une confiance totale et absolue, ce qui n'était pas le cas de la personne. Maintenant on me met la brochure en arabe et en pachtou, je suis incapable de dire laquelle est laquelle. Mais je suis sûr des gens qui l'ont traduite. »



2 Prévention de l'usage de drogues chez les jeunes issus de l'immigration

Quoi ? Dans votre région ou à proximité de votre organisation, vous souhaitez cartographier les problèmes sociaux, la consommation de drogues et/ou de jeu et leurs causes contextuelles. Le plan d'actions « Prévention de l'usage de drogues chez les jeunes de minorités ethniques » se base sur la méthode d'évaluation rapide et vous aide à élaborer, planifier et mettre en œuvre des activités de prévention.

Comment ? Utilisez le plan d'actions pour effectuer une exploration locale et définir des actions préventives. Quarante documents (questionnaires, manuels, grilles, évaluation de processus, etc.) sont disponibles pour mener à bien l'exploration locale. Il

5 Organisations autonomes : Toutes les installations établies pour et par les migrants. Pauwels, K. & Deschamps, L. (1991). Organisations de migrants. C.B.G.S. – document de travail n° 74. Bruxelles : Ministère de la Communauté flamande.

est fait référence à ces documents (téléchargeables) dans le plan d'actions. Un certain nombre d'interventions fondées sur des *preuves scientifiques* sont également décrites. Celles-ci sont complétées par un aperçu des activités de prévention menées dans les trois régions pilotes.

Défis : Essayez de trouver des partenaires pour effectuer ce travail ensemble, par exemple des organisations (autonomes) qui peuvent recevoir d'autres signaux que les vôtres.

Plus d'infos : Téléchargez ce plan d'actions via www.vad.be, cliquez sur la section « materialen » et filtrez votre recherche par groupe cible « Etnisch-culturele minderheden » et/ou utilisez la barre de recherche.

Tags : prise de contact, assistance sociale, MEM, feuille de route, prévention, VL



3

Tuppercare (fêtes à la maison)

Quoi ? Vous souhaitez que le thème de la drogue soit ouvert à la discussion, dans un environnement familial. Cela peut être chez quelqu'un ou dans un lieu public adapté à ce genre de discussions. Les volontaires (*conseillers*) qui organisent ces réunions d'information sont eux-mêmes issus de l'immigration.

Comment ? Organisez-vous à l'aide du plan d'actions des « soirées à la maison » et relevez le défi de mettre en lien des MEM dans votre région. La feuille de route fournit des outils concrets pour la mise en place, la mise en œuvre et l'évaluation d'une *fête à la maison*.

Défis : Les volontaires ont besoin de beaucoup de contenu et de soutien. Par conséquent, essayez d'intégrer *Tuppercare* dans une activité volontaire plus large, comme celle des accompagnateurs (sociaux), des mosquées ou maisons de jeunes locales.

Plus d'infos : Vous trouverez la feuille de route *Homeparty* via www.docplayer.nl. Training Plus Anvers et la ville de Gand se concentrent également sur les fêtes à domicile en tant que méthode de prévention. Vous pouvez contacter les conseillers d'Anvers via www.vormingplusantwerpen.be.

Tags : *feuille de route, soins de santé (mentale), prévention, assistance sociale, MEM, feuille de route, travail spécifique de la communauté, VL*

PAROLES DE TERRAIN

Des volontaires permettant de prendre contact avec des personnes isolées, grâce à leur réseau informel

Lorsque nous organisons des moments d'information dans le cadre d'événements marocains ou turcs, nous n'avons de contact qu'avec des hommes. En choisissant des fêtes organisées par des volontaires issus de l'immigration marocaine et turque, nous avons également pu être en contact avec ces groupes cibles. Quelques volontaires sont devenus de véritables personnalités : grâce à leur réseau informel, ils ont des contacts que nous n'avons pas. La participation des volontaires a permis à certains d'entreprendre de nouvelles études dans le secteur social (SSM VAGGA).



4 Prévention pour demandeurs d'asile

Quoi ? Vous souhaitez (que vous soyez ou non accompagnant dans un centre d'asile) mettre un terme au tabou autour de la consommation de substances chez les demandeurs d'asile.

Comment ? Utilisez ou laissez-vous inspirer par la boîte à outils « Une politique alcool et drogues dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile ».

– **Atelier affiches**

Les activités éducatives au sein du centre contribuent à un dialogue ouvert et sans tabou autour de l'alcool et de la drogue. Organisez un atelier avec des jeunes de votre organisation. Créez une nouvelle affiche avec les jeunes sur l'alcool et les drogues, spécialement conçue pour votre organisation, avec des images reconnaissables par les jeunes.

– **Sessions d'informations pour adultes**

Promouvoir la connaissance des substances psychotropes chez les personnes ayant une connaissance minimale de la langue française et discuter des drogues et de la dépendance. Parlez leur à l'aide d'une présentation PowerPoint illustrative. Renseignez-vous mutuellement sur les substances addictives, leurs effets et leurs

risques, la législation belge et les différences et similitudes dans les pays d'origine des participants.

– **Qu'est-ce que la dépendance ?**

Regardez et discutez ensemble de « Nuggets », un court-métrage muet décrivant le processus de dépendance.

– **Drugrace : jeu pour jeune public**

Drugrace est un jeu de société interactif dans lequel les jeunes s'informent sur l'alcool, les drogues, les jeux d'argent et de paris. Ils apprennent à gérer la pression de leurs pairs et à évaluer les situations. Le jeu fonctionne surtout avec des images adaptées aux groupes cibles les moins linguistiques. Vous jouez avec 2 équipes d'au moins 2 et au maximum 5 jeunes de 15 à 18 ans.

– **Faire face à la pression des pairs**

La pression des pairs peut entraîner l'adoption de mauvaises habitudes, telles que la consommation d'alcool et de substances illégales. Il est donc important que les jeunes puissent bien évaluer les effets de la pression des pairs. À quel point la consommation d'alcool est-elle évidente, par exemple ? Cette méthode convient pour un groupe de minimum 5 jeunes. Les participants subissent d'abord la pression du groupe avant de la confronter.

– **Soutien parental**

L'objectif est que les parents connaissent différentes possibilités de prévention, pour encourager le non-usage et reporter l'âge de début de consommation. Les parents se sentent renforcés dans leur rôle éducatif en matière d'usage de drogues. Ces trois thèmes sont traités de manière interactive : reconnaître les signaux d'usage, communiquer et fixer des limites.

Défis : Il peut y avoir une barrière linguistique, ce qui peut être un défi pour appliquer la méthodologie. Essayez de savoir à l'avance quelles langues les participants comprennent et utilisez un traducteur si nécessaire. Il peut également être difficile de motiver les demandeurs d'asile à accepter les conseils et à participer. Ils trouvent souvent que la priorité est de parler de l'obtention de papiers de séjour.

Plus d'infos : Téléchargez cette boîte à outils via www.vad.be, cliquez sur la section « materialen » et filtrez votre recherche par groupe cible « Etnisch-culturele minderheden » et/ou utilisez la barre de recherche.

Le manuel se trouve dans la boîte à outils (méthodologies), dans la deuxième partie du dossier « Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers ».

Vous pouvez aussi utiliser de courtes vidéos d'introduction aux effets nocifs de la consommation excessive d'alcool, médicaments et cannabis, allez sur www.hls-online.org en allemand, anglais, arabe, dari et tigrinya pour lancer la conversation.

Tags : prise de contact, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, prévention, matériel pédagogique, matériel ludique, audio-visuel, VL



5

Soutien parental

Quoi ? Vous souhaitez renforcer les compétences des parents afin qu'ils puissent aider à prévenir ou à retarder la consommation de tabac, d'alcool et de drogues de leurs enfants.

Comment ? Utilisez les sept méthodes développées par le VAD en collaboration avec l'Institut flamand pour une vie saine, adaptées à divers types de MEM :

- **Éduquer les adolescents par rapport à l'alcool, au tabac et au cannabis**

Cette brochure fournit des informations et des conseils aux parents de jeunes issus de l'immigration. En un mot, les parents reçoivent des conseils sur la manière d'enseigner à leur fils ou à leur fille comment gérer le tabac, l'alcool et les drogues de manière responsable. La brochure est disponible en néerlandais, français, anglais, arabe et turc.

- **Cours de formation de trois jours sur les adolescents et le tabac, l'alcool et les drogues**

Le cours pour les parents (de jeunes de 12 à 16 ans) issus de l'immigration prend trois demi-journées (3 x 3 heures). Vous pouvez utiliser la présentation PowerPoint qui constitue le fil conducteur tout au long du cours.

- **Cahier d'exercices : tabac, alcool et drogues. Comment pouvez-vous soutenir votre enfant ?**

Que devez-vous savoir en tant que parent sur les drogues ? Comment parlez-vous à votre adolescent ? Comment pouvez-vous fixer des limites ? Le classeur contient

de nombreuses citations et exemples reconnaissables. Il y a aussi de l'espace pour prendre des notes.

– **Les parents des minorités culturelles prennent la parole**

Les parents d'adolescents issus de divers milieux migratoires expliquent comment ils abordent le tabac, l'alcool et les drogues dans leur éducation. Quatre thèmes sont abordés : des explications sur le dialogue avec l'enfant, la définition de limites, le suivi et des exemples de comportement. En outre, il existe également un chapitre général dans lequel les quatre différents thèmes sont discutés en même temps. Il existe également des thèmes disponibles spécifiquement pour les parents africains. Vous pouvez utiliser ces thèmes comme brise-glace lors d'une formation, comme élément de discussion, pour aborder un thème spécifique ou comme interlude. Ils sont disponibles avec des sous-titres en trois langues : néerlandais, français et anglais.

– **Formation ponctuelle : Quand les petits enfants grandissent**

Pendant cette formation interactive, les parents reçoivent des conseils pour aider à prévenir ou à retarder la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez leurs enfants. Un dossier de formation propose aux agents de prévention, aux parents aidants et à d'autres professionnels un guide pour organiser cette formation. En outre, deux lignes directrices distinctes sont disponibles avec une approche adaptée pour les parents marocains et pour les parents turcs. Des brochures et des cartes postales avec un bref aperçu des points les plus importants de la formation sont également fournies.

– **Courts-métrages : Quand les petits enfants grandissent – sous-titrés**

Ces vidéos sont sous-titrées en néerlandais, français, anglais, espagnol, russe, polonais et roumain. Le scénario pour la formation et les matériaux associés peuvent être commandés via le site web du VAD.

– **Grand Temptationz : lutter contre le tabac, l'alcool, la drogue et d'autres tentations pendant l'éducation**

Un faux documentaire intitulé « Grand Temptationz » offre aux parents un soutien pour engager un dialogue sur la consommation de drogue. Ce matériel est disponible en néerlandais, français et anglais.

– **Discussions sur l'éducation, le tabac, l'alcool et les drogues pour les minorités culturelles**

La méthodologie vise à stimuler une discussion entre les parents présents. La capacité des parents à comprendre la situation du jeune est stimulée. Pour ce faire, il est fait appel à des propositions, présentées sous forme de croquis réalisés par des jeunes sous la direction d'un metteur en scène. Un manuel de cette méthodologie est disponible en néerlandais, français et anglais.

– **Route 12+, jeu de rôle parental sur le tabac, l'alcool et les drogues destiné aux minorités culturelles**

Route 12+ est un jeu interactif où le dialogue, la discussion et la conduite de discussions de groupe sont essentiels. Ce jeu comprend du matériel photo et des cartes de jeu dans la langue du groupe. Les cartes de jeu sont traduites du néerlandais vers le français, l'anglais, l'arabe, le turc, le russe, le polonais, le roumain et l'espagnol.

– **Leçon sur le tabac, l'alcool et les drogues, et éducation pour les agents d'intégration**

La ligne directrice forme une annexe à la formation du VAD « Quand les petits enfants grandissent », afin qu'elle puisse être transmise aux personnes travaillant dans le secteur de l'insertion. Ce guide contient des conseils sur l'utilisation des différentes méthodologies dans le cadre d'un programme d'intégration. Organisez ou donnez cette leçon d'environ deux heures aux professionnels de l'insertion. Cette leçon peut également être donnée dans le cadre du parcours d'intégration. Vous pouvez télécharger le matériel (présentation PowerPoint, directives et vidéos) en néerlandais, français, anglais, espagnol, russe, polonais et roumain.

Défis : Activer les parents peut être un défi. Essayez de les motiver en pensant au cadre (par exemple, offrez-leur une collation et une boisson, organisez quelque chose dans un endroit facilement accessible, etc.).

Plus d'infos : Téléchargez tous ces documents via www.vad.be, cliquez sur la section « materialen » et filtrez votre recherche par groupe cible « Etnisch-culturele minderheden » et/ou utilisez la barre de recherche.

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), assistance sociale, prévention, MEM, matériel pédagogique, matériel ludique, audiovisuel, brochure, soutien linguistique, VL

PAROLES DE TERRAIN

Être parents dans un nouveau pays

Des professionnels wallons ont indiqué lors d'interviews qu'il y a souvent des tensions entre les parents et les enfants, parce que les parents ont des difficultés avec les différences culturelles de conception de l'éducation.

De plus, selon certains interviewés, si les parents ne sont pas aveugles face aux difficultés et aux problèmes rencontrés par leurs enfants, ils peuvent hésiter à aller voir un professionnel de la santé mentale, en raison du jugement qui pourrait s'ensuivre :

« C'est la honte dans la communauté d'avouer déjà que le problème existe et aller consulter est vraiment un trop grand obstacle. »

Il convient de ne pas sous-estimer les difficultés et craintes des parents car elles peuvent retarder la prise en charge et rendre plus complexe la prévention :

« Alors, très longtemps, ils font semblant qu'ils ne voient pas que le problème existe. Ils pensent que ça va passer tout seul. Mais au lieu de faire de la prévention, quand vraiment ça va trop loin, ils cherchent seulement les solutions. Mais voilà (...) le problème est qu'il est souvent trop tard. »



6 Mind-Spring® et autre soutien psychosocial aux réfugiés

Quoi ? Mind-Spring® sont des sessions de groupe psycho-éducatives tenues dans la langue des réfugiés et des migrants. L'objectif est d'accroître leur résilience mentale à partir de leurs propres ressources. Dans la session 3 « Gérer le stress », l'alcool, la drogue et le jeu sont également abordés de manière limitée : ouvrir le sujet à la discussion, reconnaître et nommer le problème et fournir les informations nécessaires (dépliants du VAD). *Care4refugees.org* est un site web proposant 12 exercices de respiration et de relaxation dans 10 langues différentes (pachtou, arabe,...). Ils peuvent être lus aussi bien qu'écoutés. Le site web est avant tout convivial et gratuit.

Comment ? Orientez les demandeurs d'asile, les réfugiés reconnus et les MEM vers les CAW locaux ou vérifiez si l'offre de Mind-Spring® se trouve dans votre quartier. Référez-vous à *care4refugees.org* et/ou distribuez-leur un dépliant à ce sujet (cela peut être imprimé ou téléchargé via un smartphone). Vous pouvez commencer avec cela, ou vous pouvez également utiliser ces exercices pour vous guider.

Défis : La motivation et les conseils du groupe cible peuvent constituer un challenge pour Mind-Spring®. Une condition de participation à Mind-Spring® est que la personne puisse fonctionner dans un groupe (ne pas avoir de problèmes psychologiques graves). Mind-Spring® est seulement préventif et non thérapeutique.

Plus d'infos : Allez sur www.caw.be et cliquez sur la section « Hoe wij helpen », puis sur « preventie » et ensuite sur « mindspring ».

Allez sur www.care4refugees.org pour des exercices de respiration et de relaxation et un dépliant d'information (en néerlandais, français et anglais) à télécharger.

Téléchargez via www.pharos.nl la brochure d'information « Als je stress hebt, veel denkt en slecht slaapt ». Dans la barre de recherche, tapez « voorlichting vluchtelingen ». La brochure a été révisée pour les réfugiés dans différentes langues (anglais, arabe, farsi et tigrinya), mais convient également aux personnes ayant des questions sur les souffrances liées au stress.

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), assistance sociale, secteur intégration et asile, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, matériel pédagogique, soutien linguistique, VL

PAROLES DE TERRAIN

La valeur ajoutée des séances de groupe

Mind-Spring® est une offre de groupe psycho-éducatif pour les réfugiés, développée aux Pays-Bas par Paul Sterk. Le programme accroît la résilience mentale par sa propre force et aide à relever les défis futurs. Le groupe sera accompagné dans sa propre langue par un expert spécialement formé par Mind-Spring®, et un professionnel dans les domaines social, médical, éducatif ou autre qui a été formé comme co-superviseur Mind-Spring®. Mind-Spring® est accessible parce qu'il se déroule dans sa propre langue de contact. L'effet de groupe veille à ce que vos propres problèmes soient mis en perspective par le contact avec les autres. Découvrez l'offre de votre quartier sur www.caw.be.



7

Intervention précoce via des groupes de travail avec les jeunes consommateurs de drogues

Quoi ? Dans le cadre du projet « Intervention précoce via des groupes de travail avec les jeunes consommateurs de drogues », une intervention a été entreprise auprès de

jeunes qui ont des utilisations à risque pour les leur démontrer et les inciter à changer de comportements.

Comment ? Aiguillez les jeunes MEM vers l'offre d'intervention précoce. L'intervention est de courte durée (3 à 5 séances) et définie en termes de contenu et donc plus acceptable pour les jeunes qu'un traitement classique. Pour beaucoup de jeunes, cette offre est suffisante pour les faire changer d'utilisation. Réunir les jeunes en groupe est assez fort pour les faire réfléchir à leur usage. Toutefois, si la participation au groupe n'est pas possible ou inappropriée – par exemple, en raison de capacités verbales limitées – le jeune recevra une aide individuelle adaptée à ses besoins. Il y a une étroite collaboration avec l'environnement qui a remarqué et signalé l'utilisation risquée.

Défis : La participation des jeunes MEM à l'intervention précoce n'est pas toujours facile. La langue, la motivation et la faible implication des parents y jouent un rôle, comme dans d'autres groupes cibles. Vous pouvez prendre contact avec les superviseurs d'intervention précoce afin de trouver une solution ensemble.

Plus d'infos : L'offre d'intervention précoce se trouve sous la rubrique « Guide de référence » sur www.vad.be. Cliquez sur « Vroeginterventie ». Pour chaque offre, vous pouvez voir sur quels thèmes ils travaillent et pour quelle tranche d'âge l'offre est disponible. Vous pouvez également contacter le Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) ou Service de Santé Mentale (SSM) pour connaître l'offre dans votre région. Sur www.vad.be, vous trouverez la feuille de route pour commencer une intervention précoce pour jeunes ayant une consommation risquée d'alcool ou de substances.

Tags : *prise de contact, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, MEM, feuille de route, méthodologie pédagogique, VL*

3. Soins (spécialisés drogues)/ réduction des risques

3.1 Niveau micro : professionnel (drogues) – usager de soins

3.1.1 Attention à la diversité dans la relation de soins

« Le défi le plus important dans le secteur de la santé consiste à créer un climat de confiance. La confiance est la base d'une bonne communication. »

(Un conseiller néerlandophone)

La relation entre le professionnel et l'usager de soins existe grâce à la confiance. Du point de vue du prestataire de soins (éventuellement spécialisé en toxicomanie), travailler avec les migrants et les minorités ethniques peut parfois sembler un défi. En y réfléchissant, en vous concentrant sur une bonne relation de confiance et en incluant toutes les caractéristiques pertinentes du patient dans la conversation, vous pouvez contribuer au maintien en traitement, à l'observance du traitement et à une assistance plus efficace (24) (50-52).

« L'assistance est aussi colorée culturellement. Le modèle occidental du soin n'est en soi pas culturellement neutre. Les prestataires de soins s'attendent à ce que l'aide soit recherchée d'une certaine manière (en ce compris le « où » et le « comment »), tout cela est déterminé par la culture. La relation entre professionnel et patient est considérée dans le secteur socio-sanitaire occidental comme une relation de transfert personnelle et confidentielle (Gailly, 2008). Ceci est souvent pris pour acquis par les prestataires de soins, alors que ce n'est pas le cas pour tout le monde. »

(Jalhay et al., 2016, p. 25) (24)

Dans cette section, vous trouverez des pratiques inspirantes que vous pouvez appliquer en tant que professionnel de soins (en toxicomanie) afin de mieux traiter votre public cible.



8 Entretien de Formulation Culturelle (EFC)

Quoi ? Vous voulez savoir si et comment la culture influence des aspects importants du tableau clinique de votre patient et vous voulez que cela puisse être discuté.

Comment ? Utilisez l'entretien de base du EFC, qui comprend seize questions lors d'un entretien d'admission en soins de santé mentale ou en traitement de la toxicomanie. Utilisez un (ou plusieurs) des douze modules supplémentaires pour approfondir certains domaines comme le réseau social. Utilisez le manuel « Entretien culturel avec les parents » (basé sur le EFC) avec des questions ciblées et des thèmes pour rendre la culture familiale négociable avec les parents.

Défis : Rohlof et ses collègues (53) soulignent la nécessité pour la CTIF-CFI d'examiner également d'autres aspects pertinents pour le comportement clinique et de conseil :

- la perception sociale des problèmes mentaux et de la recherche d'aide qui y est liée ;
- les expériences de discrimination ;
- les mauvaises expériences dans les soins et leur influence sur l'individu ;
- les expériences de migration ;
- les aspects religieux et spirituels ;
- les aspects de genre ;
- la culture en tant que processus et non de fait statique.

Plus d'infos : Téléchargez l'instrument de mesure EFC (entretien de formulation culturelle) via www.multiculturalmentalhealth.ca. Téléchargez le manuel « Entretien culturel avec les parents » via www.detouter.be, cliquez sur « kleurrijke maatzorg », sur « werkinstrumenten » et ensuite sur « hulpverlening ».

Tags : *maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, MEM, réfugiés reconnus, outil de screening, VL*

PAROLES DE TERRAIN

Communication avec la famille

« Nous apportons les éléments [auprès de la famille] un peu différemment : disons que nous nous plaçons davantage dans le style de la parabole. C'est pourquoi nous ne ciblons pas directement la personne. Par exemple, vous connaissez une histoire racontée par une troisième personne, puis vous dites que c'est comme ça. Tout le monde

sait qui est la personne, mais elle n'est pas nommée et cela donne beaucoup plus de possibilités [à la famille et au travailleur social]. >>>



9

Ecogramme

Quoi ? Vous souhaitez cartographier visuellement les forces et les faiblesses du réseau social avec un patient. Vous souhaitez identifier dans son cadre de vie, les relations qui sont importantes et celles qui peuvent être renforcées. En discutant de cette question, l'attention ne se concentre pas uniquement sur les problèmes, mais également sur les relations positives.

Comment ? Utilisez l'écogramme dans les services de prise en charge des migrants et des minorités ethniques pour cartographier (la nature des) liens familiaux et autres.

Défis : Essayez de rétablir les liens familiaux pour voir si et comment ces tabous peuvent être une nuisance et ce qui peut être fait à ce sujet.

Plus d'infos : Téléchargez le manuel via www.kennisplein.be et tapez « Ecogram » dans la barre de recherche.

Tags : *maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, MEM, outil de screening, VL*

Travailler avec la famille

NOTE CRITIQUE

Si le patient (potentiel) est confronté à la stigmatisation au sein de sa famille, il est souvent plus réaliste pour ce patient de rentrer pour « seulement » six semaines que pour des périodes plus longues. La famille donne alors une explication différente pour justifier l'absence de la personne que le fait qu'il suive un programme de sevrage.

« Nous voyons donc moins de MEM dans les CT [Communautés Thérapeutiques]. Les MEM qui sont admis en CT n'ont souvent plus de contact avec leur famille (les ponts sont coupés) ou très limité (par exemple, seul le partenaire veut encore s'investir). Le réseau social de ce MEM dans la CT est donc souvent très limité. >>> (un professionnel néerlandophone)



10

Analyser les spécificités culturelles d'une famille

Quoi ? Vous souhaitez cartographier les détails de la famille d'un patient.

Comment ? Utilisez la « checklist voor cultuursensitieve zorg » avec des questions et des thèmes centraux pour mieux comprendre les rôles/la structure familiale, l'histoire de la migration, la formation/les valeurs et les normes, ou encore pour analyser l'aide, la langue et la communication, ainsi que le réseau social du patient.

Défis : Essayez de bien informer à l'avance le patient quant à l'objet de cette liste dans le contexte de votre aide, de sorte que celui-ci ait l'espoir que cela contribuera à son processus de rétablissement.

Plus d'infos : Téléchargez la « checklist voor cultuursensitieve zorg » via www.detouter.be, cliquez sur « kleurrijke maatzorg », ensuite sur « werkinstrumenten » et enfin sur « hulpverlening ».

Tags : *maintien du traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, MEM, outil de screening, VL*

PAROLES DE TERRAIN

Réfléchir aux hypothèses

L'association Atlas (Integratie in inburgering Antwerpen) soutient les organisations qui souhaitent se concentrer sur la diversité. Au cours de l'une des séances de coaching, on a demandé à un coach comment travailler avec des patients de sexe masculin qui ne voulaient pas d'une assistante sociale.

Lorsque cette question a été examinée de plus près, le coach et le professionnel de soins ont constaté qu'il s'agissait d'un patient présentant des symptômes de sevrage aigus. Plutôt que de ne pas vouloir entrer en contact avec une accompagnante féminine, il semblait plutôt s'agir, pour le patient, de chercher des faiblesses chez l'accompagnante afin de ne pas aborder son propre problème.

En prenant du recul par rapport à la situation et en dialoguant directement avec le patient, il a été possible de mieux répondre à la question sous-jacente de l'utilisateur, et l'accompagnante ne se sentait plus menacée dans son identité de professionnelle.

Dans le livre « bouwstenen voor cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisaties », nous avons lu qu'il était important de pouvoir vous demander en tant qu'accompagnateur ce que le patient vous dit vraiment (Jalhay, 2016, p. 26) (24). En posant des questions spécifiques, vous pouvez évaluer toute l'histoire.



11 Soins de santé par statut de séjour

Quoi ? Vous voulez savoir quelle réglementation s'applique à une personne ayant un statut de séjour spécifique en ce qui concerne les soins médicaux. Vous souhaitez orienter votre patient et l'informer de ses droits.

Comment ? Cherchez pour votre patient ce qui est possible en termes de soins médicaux et de remboursements, et vous l'en informez.

Plus d'infos : Allez sur www.medimmigrant.be, tapez dans la barre de recherche « Documents de séjour » ou « Prise en charge des frais médicaux », vous trouverez des renseignements sur les options d'orientation de votre patient. Cliquez sur « Publications » et vous trouverez de l'information sur le remboursement des frais médicaux au MEM (« Fiche Info : Documents de séjour et prise en charge des frais médicaux ») et des brochures contenant des informations générales sur les soins de santé pour les personnes en situation précaire (Brochures « Le système de santé en Belgique : Bon à savoir »).

Allez sur www.agii.be, cliquez sur « sociaal en medisch » et ensuite sur « Wie betaalt welke medische kosten? ».

Tags : *accessibilité, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, personnes sans papiers, professionnels de santé, VL, BRU, WAL*



12 Soutien pour le travail avec des réfugiés reconnus



Quoi ? En tant que professionnel du secteur de la santé ou de l'aide sociale, vous souhaitez bénéficier d'un soutien vis-à-vis des réfugiés reconnus.



Comment ? Faites appel à un soutien qu'offrent certains CGG flamands, en tant que travailleur social et/ou organisation, partagez votre expertise sur les MEM avec d'autres travailleurs sociaux et/ou organisations. Concluez des accords sur ce groupe cible, à la fois en interne et avec d'autres prestataires de soins/organisations.

Défis : Il est difficile d'élargir ce travail de manière permanente, avec des ressources limitées. Une équipe, éventuellement dédiée spécifiquement au projet, est nécessaire.

Plus d'infos : Dans le domaine des soins de santé mentale en Flandre pour le « projet réfugiés », on a accordé plus d'attention à l'expertise et aux partenariats. Ce projet a été mis en place aux SSM Andante et SSM Vagga (région anversoise), SSM De Pont (région malinoise) et au SSM du Nord de la Flandre occidentale. Au SSM Kempen et au SSM Mandel & Leie (Sud de la Flandre occidentale), ce projet est intégré dans l'offre permanente.

Allez sur www.health.belgium.be et tapez dans la barre de recherche « overzicht GGZ aanbod voor vluchtelingen en asielzoekers om casusondersteuning in jouw buurt te vinden ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de santé, VL

PAROLES DE TERRAIN

Partenariats en croissance

L'Agence flamande des soins et de la santé (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) a fourni des moyens financiers pour apporter une expertise en santé mentale aux professionnels travaillant avec des réfugiés. Par exemple, alors que le groupe cible de réfugiés reconnus n'avait pas été atteint auparavant, il a pu entrer assez rapidement dans les soins de santé mentale de deuxième ligne.

D'après un professionnel travaillant pour un SSM, cela a permis, non seulement de mieux connaître les besoins de ce groupe cible, mais aussi de considérer l'impact de la migration dans d'autres dossiers.

En outre, la coopération avec d'autres services tels que le CPAS, la Sociaal Huis, le centre de santé local ou encore divers relais, a augmenté. La collaboration avec ces services a apporté une nouvelle expertise et de nouveaux réseaux au SSM (un professionnel néerlandophone).



13

Guider les MEM et discuter consommation de substances

Quoi ? Vous souhaitez discuter de la consommation de substances, évaluer les problèmes et travailler au changement en tant qu'accompagnateur au CPAS, en centre d'asile, en tant que médecin généraliste ou en tant que conseiller en toxicomanie.

Comment ? Utilisez les méthodologies de cette boîte à outils ou inspirez-vous en. La boîte à outils a été développée pour être utilisée dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, mais les méthodes sont également utiles dans d'autres contextes et pour les MEM en général.

– **ASSIST**

L'instrument de dépistage ASSIST pose huit questions principales permettant d'estimer facilement et rapidement la gravité de la consommation d'alcool ou de drogue de l'utilisateur. Le questionnaire est disponible sur le site web de l'Organisation mondiale de la santé en néerlandais, arabe, chinois, français, allemand, hindi, persan, portugais, espagnol et vietnamien (www.who.int).

– **Intervention courte (faisant suite à ASSIST)**

Dans le cadre de l'intervention courte ASSIST, vous communiquez le score du screening au patient. L'intervention convient aux patients présentant un risque ASSIST modéré et aux patients pour lesquels vous avez effectué un screening oral.

– **CRAFFT**

L'instrument de dépistage CRAFFT pose neuf questions pour estimer la sévérité de l'usage chez un jeune (12-21 ans). Il s'agit d'une méthode de screening inter-culturelle et par conséquent sensible à la culture. Le questionnaire est disponible dans les langues suivantes : néerlandais, anglais, chinois, créole haïtien, hébreu, français, japonais, khmer, lao, portugais, russe, espagnol, turc et vietnamien via www.crafft.org.

– **Ligne de vie**

En discutant avec le patient, vous essayez de mieux comprendre l'histoire générale de la consommation de substances. Vous prêtez attention à son origine, son environnement et à la personne derrière l'usage. En lui demandant s'il peut mettre les informations sur une ligne de vie, vous soulevez la question de l'utilisation en toute sécurité et prenez en compte les limites de la relation de confiance grandissante. Grâce à cela, vous apprenez à mieux le connaître, vous découvrez quel bagage il a, mais aussi quels sont ses points forts pour aller de l'avant avec ce bagage.

– **Quels sont les produits que je connais ?**

Vous parlez avec une attitude ouverte et intéressée des différents produits que votre patient connaît. Ensemble, vous déterminez quelles substances il connaît et éventuellement utilise. Ceci est fait au moyen d'images et de photos.

– **Balance des avantages et des inconvénients**

En prenant compte à la fois les avantages et les inconvénients de l'usage de substances, vous montrez votre compréhension à l'égard de la situation de l'utilisateur. Vous reconnaissez qu'il existe effectivement des effets positifs de la consommation et que l'arrêt n'est pas toujours facile. Après avoir équilibré le pour et le contre, vous cherchez ensemble des alternatives. L'utilisateur peut clarifier des sentiments ou des pensées grâce à des pictogrammes, car il est parfois difficile de les exprimer oralement, encore plus si la personne maîtrise peu (ou pas) la langue.

– **Estimation MMM**

Dans le cadre d'un entretien avec l'utilisateur de drogues, vous essayez de comprendre le degré de risque de son usage, mais aussi les quantités, les moments et les méthodes de consommation. Vous essayez aussi de cerner dans quelle mesure son usage a un impact sur différents domaines de la vie. À l'aide des questions du modèle MMM, vous obtenez un meilleur aperçu de tout cela. Après tout, la consommation de substances n'est jamais isolée et est toujours influencée par les produits, les personnes (les usagers) et l'environnement. Ces facteurs peuvent rendre l'utilisateur plus vulnérable aux conséquences négatives de son utilisation.

– **Super questions (Wondervraag)**

En collaboration avec le patient, vous essayez de réfléchir à ce qu'il/elle veut vraiment. Cela augmente sa motivation à travailler sur le changement. Le patient cherche à identifier la situation idéale pour lui. Il passe de la négativité des problèmes actuels, à une vision positive de l'avenir. Cela renforce la confiance dans le changement, donne au patient de l'espoir et une perspective inscrite dans le réel.

– **Questions en escaliers**

Avec le patient, vous recherchez ce qu'il trouve important et ce qu'il veut réaliser. Vous saurez s'il souhaite arrêter de consommer ou s'il souhaite simplement diminuer. Vous établissez un plan de changement ensemble. En travaillant avec des questions en escalier, l'exercice devient plus clair.

– **BackPAC, version courte**

BackPAC vous permet d'accompagner des jeunes expérimentant l'alcool ou le cannabis, en tenant compte de leurs traits de personnalité spécifiques. Ensemble, vous rechercherez leur type de personnalité et les moyens associés pour apprendre à gérer des situations difficiles. Ils apprennent à connaître leurs modes de réaction naturels, à les remettre en question et à utiliser des alternatives. Cette méthode se base sur deux films d'introduction et des pictogrammes.

Plus d'infos : Téléchargez ces méthodes via www.vad.be, cliquez sur la rubrique « materialen » et filtrez votre recherche sur le groupe-cible « Etnisch-culturele minderheden » et/ou utilisez la barre de recherche dans le dossier « Een alcohol-en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers ». Les méthodologies peuvent être trouvées dans la boîte à outils.

Tags : prise de contact, assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, outil de screening, soutien linguistique, VL



14 Soins accessibles aux Roms : trucs & astuces

Quoi ? Vous voulez travailler sur des soins de santé accessibles et de haute qualité pour les Roms, en prêtant attention à la diversité et en renforçant les conditions préalables à de bons soins.

Comment ? Utilisez cette brochure pour avoir un aperçu des seuils d'accès auxquels sont confrontés les Roms en matière de soins de santé primaires. Apprenez des trucs et astuces pour rendre les soins des Roms plus accessibles. Cette brochure a été conçue pour les travailleurs de première ligne de Gand, en coopération avec l'Université de Gand, mais peut également être utilisée dans d'autres secteurs.

Défis : Un statut de séjour complexe ou un manque d'argent peut représenter un seuil important pour ce groupe cible et entraîner des conséquences négatives. Être flexible avec ces réalités peut constituer un challenge.

Plus d'infos : Allez sur www.pigmentzorg.be et entrez dans la barre de recherche « zorg voor Roma ».

Tags : accessibilité, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, Roms, professionnels de santé, brochure, VL

3.1.2 Support linguistique et médiation

Du point de vue du patient issu de l'immigration, il peut être difficile pour différentes raisons (langue, confiance, expériences négatives de soins dans le pays d'origine, etc.) de s'ouvrir au secteur de l'aide et du soin (spécialisé).

Les barrières linguistiques et les différences culturelles peuvent avoir une forte influence (54). Vous trouverez ici des pratiques, des outils et des méthodes inspirantes pour répondre aux besoins du patient.

PAROLES DE TERRAIN

Pour que la langue ne soit pas un obstacle

Katarsis (centre de prise en charge des toxicomanes à Genk) se concentre sur la diversité au sein de l'organisation depuis 2011. Et bien sûr, la langue est un facteur important. Traduire le programme pour les patients ou traduire des parties du site web dans les langues parlées ou comprises par de nombreux MEM locaux peut contribuer à atteindre le groupe cible. Au cours des entretiens, un répondant a indiqué que la langue ne devait pas nécessairement constituer un obstacle pour l'assistance en établissement si suffisamment d'alternatives pouvaient être déployées, telles que les méthodologies de groupe.

Les personnes interrogées au cours des entretiens ont également insisté sur la nécessité de mettre en place des programmes courts de crise en résidentiel, sans listes d'attente ni exigences linguistiques. Par exemple, le Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC) propose un programme de crise à court terme pour les personnes souffrant de problèmes de toxicomanie qui ont besoin d'une surveillance psychosociale et/ou médicale urgente.



15

Médiation interculturelle



Quoi ? L'objectif de la médiation interculturelle est de résoudre autant que possible la barrière linguistique, les barrières socioculturelles et les tensions interethniques dans le contexte de l'aide. De cette façon, l'objectif est d'assurer des soins accessibles et une qualité de soins égale pour tous (55).

Comment ? Travaillez avec un médiateur interculturel pour faciliter la communication lors de l'accompagnement d'un MEM. Consultez un coordinateur en médiation

interculturelle pour vous aider à élaborer une philosophie de la diversité au sein de votre association (par exemple en identifiant et en déterminant des seuils, etc.).

Défis : Un piège peut être que la mission ou le mandat du médiateur ne soit pas clair pour l'une des parties. Sensibiliser les prestataires de soins lors de la demande d'assistance linguistique peut être un défi. Le fait que cela nécessite plus de temps pour une consultation peut créer des tensions.

Plus d'infos : Allez sur www.health.belgium.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « médiation interculturelle ».

Tags : *accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, MEM, professionnels de santé, soutien linguistique, VL, WAL, BRU*

L'importance du financement

NOTE CRITIQUE

Les hôpitaux généraux et psychiatriques peuvent soumettre chaque année une demande au SPF Santé publique pour le financement d'un médiateur et/ou d'un coordinateur interculturel. D'autres établissements de santé tels que les maisons médicales, les médecins généralistes, les services de santé mentale, etc. ne peuvent recevoir ce financement et ne peuvent donc pas compter sur une médiation interculturelle en face-à-face. Tous les établissements de soins peuvent recourir à la médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence ou par téléphone).

PAROLES DE TERRAIN

Un médiateur, plus qu'un interprète

« Faire appel à un médiateur ou à un interprète est toujours la décision du prestataire de soins, et non le choix du patient. La différence est qu'un médiateur fait plus qu'un interprète, car une interprétation culturelle est également ajoutée lors de discussions préliminaires et de suivis avec les prestataires de soins. Les médiateurs offrent un soutien linguistique, une assistance et des conseils. Dans le même temps, ils peuvent également prendre en charge l'interprétation comme des interprètes classiques. Simplement, contrairement aux interprètes, les médiateurs peuvent ajouter leur interprétation. »

« La valeur ajoutée de la médiation interculturelle se situe dans différents domaines. Pour commencer, la manière dont ils peuvent interpréter la communication verbale et

non verbale. Parfois, un travailleur social ne se rend pas compte que dans une culture donnée, un hochement de tête interprété par « oui » ou « non » peut signifier quelque chose de complètement différent. Un médiateur traduit cela. De plus, nous avons de très bons soins de santé, mais le système n'est pas facilement accessible. De nombreux patients issus de groupes défavorisés ne comprennent pas bien les tenants et les aboutissants. Avec la permission du prestataire de soins, le médiateur prend ensuite le temps d'expliquer le système de santé aux besoins du patient. >>

Hamida Chikhi, coordinatrice de l'équipe de médiateurs interculturels de l'asbl Foyer à Bruxelles et directrice du Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel. Lisez l'entièreté de l'interview (28 juin 2019) sur le site de www.zorgandersnieuws.be.



16

Traduction et interprétation dans le secteur social bruxellois



Quoi ? *SeTIS Bruxelles* soutient une meilleure communication entre les acteurs des secteurs public et sans but lucratif et ceux qui ont des antécédents de migration qui ne maîtrisent pas ou pas suffisamment la langue française. De cette façon, *SeTIS* contribue à accroître l'accès aux soins pour les personnes ayant un statut de résidence précaire (demandeurs d'asile, immigrants illégaux, réfugiés reconnus, etc.). *SeTIS* soutient également les échanges entre professionnels étrangers.

Comment ? *SeTIS Bruxelles Formation en droits des étrangers* offre, entre autres, de la formation en hôpitaux sur l'asile et du soutien au travail avec des interprètes. En outre, le secteur à but non lucratif peut également communiquer avec *SeTIS* pour obtenir des interprètes.

Défis : L'organisation veut non seulement fournir des services de traduction, mais aussi aider les travailleurs sociaux à identifier les préjugés. Il est donc important que le travailleur reçoive un programme de formation complet pour que les interprètes puissent commencer à travailler.

Plus d'infos : Allez sur le site de *SeTIS*, <http://www.setisbxl.be>.

Tags : *accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, MEM, professionnels de santé, soutien linguistique, BRU*



17 Interprétation sociale et traduction



Quoi ? Vous voulez surmonter autant que possible la barrière de la langue, dans le contexte du soin. Les interprètes et traducteurs sociaux traduisent un message dans une langue différente aussi fidèlement et complètement que possible. Ils travaillent pour le compte d'un travailleur social ou d'un fonctionnaire.

Comment ? Faites appel au service d'interprétation sociale si aucun médiateur n'est disponible. Vous pouvez réserver un interprète (social) auprès d'eux. La plupart des interprètes (sociaux) travaillent en face à face, mais certains travaillent également par vidéoconférence ou par téléphone.

Défis : Les interprètes sociaux sont limités à la traduction des messages oraux de la source à la langue cible, et ce de manière neutre, complète et fidèle. Ils ne participent donc pas à la médiation, contrairement aux médiateurs interculturels. Fournir les ressources financières nécessaires aux interprètes peut être un défi. Renseignez-vous à ce sujet à l'Agentschap Inburgering en Integratie.

Plus d'infos : Allez sur www.integratie-inburgering.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « sociaal tolken ».

Pour plus d'informations sur Babel, le téléphone gratuit de l'interprète flamand, consultez le site www.agii.be; tapez dans la barre de recherche « op zoek naar een sociaal tolk ».

Tags : *accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, MEM, professionnels de santé, soutien linguistique, VL, BRU, WAL*

PAROLES DE TERRAIN

Travailler avec un interprète, un défi

Une personne néerlandophone interviewée a déclaré :

« Nous utilisons Babel dans notre centre, c'est un interprète téléphonique. Il n'y a pas de problème pour les langues courantes : vous ne devez presque pas travailler sur rendez-vous. Mais pour ce qui est des langues moins courantes, vous devez toujours travailler sur rendez-vous, ce qui n'est pas toujours évident lorsque votre public est moins apte à respecter les rendez-vous.

En tant que travailleur social, vous devez également vous y habituer [à un interprète]. Parce que ce n'est pas facile avec un interprète. Je pense aussi qu'il n'y a pas de discussion évidente avec un interprète. Tout d'abord : on n'avance pas (rires), on avance seulement à la moitié de la vitesse que vous voudriez ou de la discussion que vous voudriez avoir. Parfois, il faut aussi demander à des personnes des documents très sensibles, ce qui n'est pas toujours évident avec un interprète. »

PAROLES DE TERRAIN

Traduire, plus que des mots

Certains interviewés francophones travaillant dans le secteur de la santé mentale indiquent qu'il est plus pratique de travailler autant que possible avec les mêmes interprètes :

« Si on a commencé le suivi avec un interprète, c'est toujours le même, parce que la confiance se crée à travers cet interprète-là. On ne peut pas changer à chaque entretien. »

Dans cet ordre d'idée, les acteurs interviewés ayant eu recours aux interprètes sont également attentifs aux relations entre groupes qui parlent une même langue. Plus exactement, ils s'assurent que le patient et l'interprète ne viennent pas de groupes que des raisons géopolitiques ou autres opposeraient :

« On a eu une Tchétchène hospitalisée ici (...) et on a fait venir un traducteur russe. Pour les Tchétchènes, ils ont vraiment été, je ne vais pas dire massacrés, mais très maltraités par la Russie, or elle ne parlait que russe. Et puis par hasard, on a un infirmier ici qui est russe, mais qui est ici depuis 20 ans et qui a pu dire : « Mais moi, je n'ai rien à voir avec tout ça », du coup elle a accepté que cet infirmier lui fasse la traduction. »

Des situations similaires peuvent se produire chez des personnes d'origine turque, bulgare, pakistanaise, afghane ou autre. Les personnes interviewées autant néerlandophones que francophones ont souligné que faire appel à un service d'interprétariat subsidié peut constituer une charge administrative. Il est donc important que l'organisation fournisse également un soutien administratif. Par exemple, les travailleurs demandent à leurs collègues de traduire :

« Parfois on n'a pas d'autre solution, puisqu'on n'a pas de traducteurs, quand vous avez un infirmier russe qui est là, c'est quand même plus facile que de faire venir un traducteur de Bruxelles qui en général a des horaires très carrés, alors qu'ici il est disponible quand je suis là, donc on utilise d'abord les ressources internes, même si ce n'est pas toujours le mieux. » (un professionnel francophone)

18 Drogues ABC dans votre langue

Quoi ? Vous souhaitez améliorer la connaissance des produits utilisés par le MEM grâce à des informations multilingues accessibles sur le site web en ligne sur l'alcool, le cannabis, les jeux d'argent, les somnifères et antidépresseurs, le speed et la cocaïne.

Comment ? Utilisez le référentiel Drogues ABC du site web Druglijn en français, anglais, albanais, farsi, pachtou, arabe pour faciliter les consultations, la formation et/ou les discussions, ou consultez-les avec des patients de langue étrangère.

Plus d'infos : Allez sur www.druglijn.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « talen ». Cliquez sur « Drogues ABC dans votre langue » et vous trouverez différents onglets avec chacun des informations sur les drogues dans plusieurs langues (anglais, albanais, farsi, patchou et arabe)

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, soutien linguistique, MEM, professionnels de la santé, VL

19 Carnets de premier accueil format « poche » et audio



Quoi ? Vous voulez augmenter les connaissances du service par rapport aux personnes issues de l'immigration.

Comment ? Ce carnet de traduction a été créé par des migrants dans le cadre d'un parcours d'apprentissage du français. La brochure aborde plusieurs thèmes tels que la santé et l'assistance sociale. Elle est traduite en sept langues, disponible en format papier et audio et vise à faire connaître les différents services d'aide. Les langues disponibles sont l'arabe, le russe, le polonais, l'anglais, l'espagnol, l'albanais et le chinois.

Défis : Il peut être difficile de créer l'implication nécessaire dans le système de santé et d'assistance sociale lorsque, par exemple, une personne n'est pas encore certaine de pouvoir rester en Belgique.

Plus d'infos : Allez sur www.andenne.be.

Tags : *prise de contact, accessibilité, soutien linguistique, audiovisuel, brochure, MEM, accessibilité, WAL*

Plus que la langue et l'interculturalisation

NOTE CRITIQUE

De nombreux travailleurs Flamands ont fait remarquer que la langue est souvent un critère exclusif pour l'intégration dans l'aide aux usagers de drogues. Un répondant a mentionné ce qui suit lors d'un entretien :

« Les thérapies de groupe sont en néerlandais ou en français dans la section francophone. Les gens ont vraiment besoin de parler cette langue. C'est toujours le cas pour les programmes à court terme où les gens restent d'une semaine à dix jours et ce qu'ils peuvent obtenir. Ils disent : « Nous pouvons vous aider en anglais ou quelque chose comme ça. » Pour ces programmes, il y a encore une possibilité d'entrer, à condition que les bonnes négociations réussissent, et si les gens parlent encore une des langues courantes comme l'anglais ou l'allemand. »

Un autre travailleur flamand ajoute :

« Certains centres disent : s'ils ne parlent pas la langue, nous ne pouvons pas les inclure. Point. Et aucune solution n'est trouvée. En tant qu'accompagnateur ou référant, vous êtes complètement impuissant. Et aucune autre solution n'est proposée. Rien. Vous devez résoudre le problème vous-même. Imaginez que vous vous retrouviez dans un service d'urgence et que vous ne puissiez pas être admis parce que vous ne parlez pas le néerlandais. C'est le même sentiment. Il s'agit vraiment de crises dont je parle : des personnes qui n'en peuvent tout simplement plus et dont la famille ne peut tout simplement plus supporter la situation. Ces personnes sont ensuite prêtes à être admises, ou à faire admettre leur partenaire, mais les services qui refusent alors [...]. Je ne peux pas expliquer cela à mes patients [...]. C'est de la discrimination et il faut en parler. Il ne s'agit pas uniquement d'interculturalité et de différences culturelles. Il s'agit de patients à risque, de cas et de situations à risque, de personnes qui ont besoin d'aide. Et cette culture ou cette religion pourrait être importante, mais ça, ce n'est pas la priorité pour eux. »

Un troisième professionnel a déclaré :

« Un hôpital psychiatrique dit souvent immédiatement : pas néerlandophone ? Non. Et la porte est fermée. Je suis alors un peu comme « allez, écoutez et planifiez une entrée. Laissez cet homme venir. » J'ai travaillé en résidentiel pendant des années. J'y ai toujours eu des francophones. J'ai toujours permis à ces personnes d'être dans mon groupe. Comment avons-nous fait cela ? Avec le recul, je me demande aussi comment j'ai fait cela ? (rires). Ça ralentit votre groupe, c'est un fait. Et parfois, il y avait des personnes qui ne connaissaient pas le français et qui ne comprenaient pas parfaitement ce qui se disait. Parfois, il y avait de la traduction. [...] Je me souviens d'avoir tiré mon plan pendant toutes ces années, mais ce n'était en fait pas une raison pour ne pas participer aux discussions de groupe. Et alors, je pense à une chose : dans un hôpital psychiatrique, vous avez en partie des thérapies verbales et en partie des thérapies non verbales. Et là, je me dis : oui, que les gens puissent y entrer, et qu'ils proposent davantage de thérapies non verbales. »

3.2 Niveau meso : travailler sur la diversité dans l'aide aux usagers de drogues

3.2.1 Soutien à l'interculturalisation de l'organisation

En tant qu'organisation dans le secteur du soin aux usagers de drogues, vous pouvez faire beaucoup de choses dans le but d'avoir un meilleur contact avec les personnes issues de la migration, et d'aider aussi bien les professionnels que les patients à faire face à la diversité.

Guerrero, Fenick & Kong (56) définissent ce type de compétence au niveau de l'organisation comme « la reconnaissance et la réactivité aux besoins des différents groupes cibles » et y associent les objectifs suivants : « améliorer la qualité des soins, l'implication de divers patients dans les soins et réduire les inégalités de santé ».

Jalhay et ses collègues (2016) (24) définissent quatre niveaux pour travailler à rendre une organisation sensible à la culture ou à la diversité : **la politique de l'organisation, la politique du personnel, l'offre et la portée des groupes cibles**. Les actions à ces niveaux peuvent contribuer à un meilleur contact avec les migrants et les minorités ethniques ainsi qu'à un meilleur maintien en traitement et à une plus grande adhésion des patients qui arrivent dans vos services.

Un défi important pour l'interculturalisation d'une organisation est le soutien du thème parmi le personnel et les gestionnaires (56). Essayez de faire une bonne estimation des résistances et des possibilités existantes et, sur cette base, choisissez une méthode appropriée pour commencer.

En tant que leader, donnez un mandat clair aux « ambassadeurs de la diversité » pour qu'il puisse travailler sur un changement durable. Par exemple, travaillez selon le principe du [management du changement](#) (57).

PAROLES DE TERRAIN

Processus d'interculturalisation à OPZC-Rekem

Il y a quelques années, l'OPZC-Rekem s'est concentré sur l'interculturalisation en créant un groupe de travail sur la psychiatrie transculturelle. L'approche, les principes clés, les défis, les pièges et les facteurs critiques de succès sont décrits dans www.pigmentzorg.be et peut vous inspirer lors de la mise en place d'un processus similaire. Utilisez la barre de recherche et les termes « OPZC Rekem ».

Remarque : L'atelier sur la psychiatrie transculturelle n'est momentanément plus organisé.



20 Outil de réflexion



Quoi ? Cet outil aide les organisations de soins et de protection sociale à élaborer une politique de soins sensible à la culture. L'outil se concentre sur quatre dimensions : l'identité de l'organisation, les employés, l'offre et l'atteinte du groupe cible. Cet outil vous fait réfléchir aux questions suivantes : Comment utilisez-vous votre offre pour promouvoir la diversité ethnique et culturelle ? Comment vous assurez-vous, à partir du management, qu'une attention à la culture fait partie de la politique de qualité de votre organisation ? En tant qu'organisation de soins et de protection sociale, comment gérez-vous la grande diversité de vos patients ?

Comment ? Utilisez le scan rapide de l'outil de réflexion pour identifier les principaux obstacles de votre organisation. Avec ces résultats, vous pouvez créer une dynamique dans votre organisation et inscrire ce thème à l'ordre du jour. L'outil contient également une analyse complète et une liste d'inspirations. En tant qu'organisation, vous

pouvez choisir les dimensions que vous souhaitez utiliser pour développer des soins sensibles à la culture.

Plus d'infos : Téléchargez l'outil de réflexion via www.vivosocialprofit.org. Utilisez la barre de recherche avec les termes « tool bouwen aan cultuursensitieve zorg » et sélectionnez l'option « Deze exacte zin moet in de pagina voorkomen ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, outil de screening, VL

PAROLES DE TERRAIN

Meilleur maintien en traitement pour MEM

Katarsis (centre de prise en charge des toxicomanes à Genk) se concentre sur la diversité au sein de l'organisation depuis 2011. Avec le soutien de VIVO, l'accent a été mis sur la politique organisationnelle, la politique du personnel, le groupe de résidents et l'offre. Dans le contexte de la politique de diversité, Katarsis a subi divers ajustements au niveau de l'organisation et des travailleurs sociaux. Katarsis a également intégré la participation des patients pour le développement continu de la politique de diversité. Une attention particulière a donc été portée à la fois à la sensibilisation et à la sensibilité des collègues et des patients afin de créer un soutien à ce sujet.

Une évaluation interne de l'évolution de la politique organisationnelle a été réalisée en 2019 afin d'identifier de nouvelles priorités. Katarsis a également élaboré un dossier d'information pour ses employés contenant des *conseils et astuces* pour la communication transculturelle. Chez Katarsis, tout cela a conduit à un séjour plus long (maintien en traitement) dans le programme pour les personnes issues de l'immigration.

Des professionnels de Katarsis nous racontent ceci :

« Nous avons toujours vu la diversité de manière très large. Il en va de même pour les LGBTQ : nous effectuons un travail sur le genre. En réalité, il y a beaucoup de diversités. Il s'agit donc d'une grande diversité, pas seulement de culture, mais aussi, entre autres, d'orientation sexuelle. Nous avons, par exemple, également besoin de personnel reflétant une partie de la société. Exemple stupide, nous n'avons que des accueillantes féminines, et je peux imaginer que si un homme musulman venait ici, il pourrait dire quelque chose du genre : « Oui, je n'ai rien dit (de ma consommation) à ma propre femme, alors comment pourrais-je le dire ici à une autre femme ? » Il faut donc pouvoir y penser. »



21

Conseils et accompagnement



Quoi ? Vous souhaitez suivre une formation à la carte ou pour votre organisation, pour recevoir des conseils et un accompagnement. Le Carrefour Migration-Intégration élabore et diffuse des outils et des méthodologies pour vous aider. Le Carrefour tente également de créer des ponts entre différentes organisations. Le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI) organise également des formations sur l'approche interculturelle et peut guider les organisations.

Comment ? Prenez contact avec ces organisations si vous voulez des conseils (supplémentaires) sur la façon d'interculturaliser votre organisation.

Plus d'infos : Allez sur www.agii.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « interculturaliseren ».

Consultez le site www.cbai.be et cliquez sur l'onglet « formation » pour en savoir davantage sur le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle.

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, consultance organisationnelle, VL

PAROLES DE TERRAIN

L'afflux de MEM a presque doublé

Dans le cadre de Managers of Diversity 2007, De Kiem a commencé à travailler sur la gestion de la diversité entre 2007 et 2010. L'organisation s'est fixée trois objectifs : mieux toucher et informer les jeunes et leurs parents, prévenir la cessation prématurée du traitement en mettant l'accent sur l'autonomie et diversifier le groupe de résidents et le personnel en améliorant la perception mutuelle et la communication (18) (58).

De Kiem a mis en place divers partenariats et s'est concentré sur le projet Tuppercare (voir chapitre « Prévention »), la sensibilisation des pères, la traduction de brochures et d'affiches en turc, arabe, français, anglais, l'établissement de contacts avec des organisations d'auto-support, des discussions mensuelles avec un superviseur, la contribution d'un consultant en diversité lors des réunions du personnel.

La politique de diversité menée a été évaluée et intégrée dans le fonctionnement structurel de De Kiem. L'afflux de personnes d'origine migrante dans leur programme résidentiel a presque doublé, passant de 6,5% à 12% en quatre ans (en 2010).

**22** Jeu de théorème

Quoi ? Vous souhaitez discuter du sujet de la super diversité dans une équipe ou un groupe, détecter les problèmes dans l'organisation et élaborer un plan d'action pour y remédier.



Comment ? Avec l'aide du jeu « Stellingenspel superdiversiteit in de organisatie », vous pouvez identifier avec vos collègues les problèmes qui se situent au niveau de la structure, du personnel et du contenu de votre organisation.

Plus d'infos : Téléchargez le « Stellingenspel superdiversiteit in de organisatie » via www.detouter.be, cliquez sur « kleurrijke maatzorg », ensuite sur « werkinstrumenten » et enfin sur « organisatie ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, matériel ludique, outil de screening, VL

PAROLES DE TERRAIN**« Checklist pour les standards d'équité »**

Un répondant a déclaré lors d'une interview que l'Organisation Mondiale de la Santé soutenait une *migration diversity task force* qui développe des outils pour la diversité dans les soins de santé.

C'est ainsi que la *Introductory Checklist Equity* a été développée. Avec cet outil, qui est en langue anglaise, vous pouvez vérifier dans quelle mesure la politique de votre organisation est adaptée aux groupes vulnérables et dans quelle mesure les soins sont organisés de manière à garantir des soins justes et égaux pour tous. Le but du *migration diversity task force* est de proposer aux institutions un ensemble de mesures qui puissent réellement être mises en pratique et de fournir un forum aux hôpitaux, en particulier, pour engager un dialogue sur le sujet.

**23** Instrument de mesure de l'interculturalisation

Quoi ? Vous voulez mesurer la position de l'organisation dans le domaine de l'interculturalisation. L'objectif est d'élaborer un plan d'action concret comprenant des actions visant à promouvoir la qualité de l'aide en tenant compte de la culture.



Comment ? Cartographiez l'interculturalisation dans votre organisation au niveau de la structure, du personnel et du groupe cible. Vous pouvez faire cet exercice seul ou créer immédiatement une dynamique en dialoguant avec des collègues. Vous pouvez développer un plan d'action pour l'organisation basé sur ces informations.

Plus d'infos : Téléchargez le « Meetinstrument interculturalisering » via www.detouter.be, cliquez sur « kleurrijke maatzorg », ensuite sur « werkinstrumenten » et enfin sur « organisatie ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, outil de screening, VL

PAROLES DE TERRAIN

De petits ajustements, une grande différence

De petits ajustements peuvent parfois faire une grande différence. Par exemple, Katarsis (centre de prise en charge des toxicomanes à Genk) a adapté les offres de groupe en fonction de la diversité. Ainsi, offrir une nourriture adaptée, permettre des moments de prière dans la chambre ou à la mosquée le vendredi, peut aider les musulmans qui trouvent que la religion est importante. Vous pouvez, par exemple, utiliser l'instrument de mesure pour vérifier avec vos collègues le bénéfice de ce type de changement. L'étude PADUMI a montré que tous les musulmans ne sont pas, par définition, convaincus que la religion est un facteur d'aide au processus de guérison. Il est donc important d'avoir le courage d'en discuter avec le patient (58). Une professionnelle wallonne raconte à son tour:

« A l'inverse, vous pouvez aussi avoir des idées sur des pratiques culturelles qui ne sont pas bonnes ou sans importance pour le patient assis devant vous. La nécessité de ne pas présupposer quel patient a certaines croyances en raison de son origine est valable pour tous les publics, et pas seulement les patients de confession musulmane. Une psychiatre nous a rapporté que certains de ses patients se considèrent victimes de sorcellerie, alors que d'autres venant de la même région estiment que la sorcellerie n'a pas d'impact sur leur vie. Même les patients pour qui la sorcellerie est une réalité, peuvent distinguer différentes situations où ils seraient ou non sous son emprise. »

Il est donc nécessaire d'en discuter et, pour aborder ce genre de sujet, un des médecins wallons interviewé suggère de se documenter mais surtout de poser la question avec empathie et curiosité :

« Ce qui est difficile dans ce genre de travail, c'est qu'il faut quand même être curieux des cultures de l'autre. Il faut beaucoup lire, il faut aimer ça et il faut aimer aussi demander aux gens : « Tiens, mais comment ça fonctionne chez vous ? », parce que sinon on prend pour des fous ceux qui ne le sont pas. »



24 Profil de compétence



Quoi ? Vous souhaitez attirer des employés capables de gérer la diversité au sein du groupe cible.

Comment ? Utilisez cette checklist pour rédiger les prochaines offres d'emploi ou lors d'une intervision avec des prestataires de soins. Découvrez dans quelle mesure un employé possède la compétence « Gérer la diversité au sein du groupe cible ». Cet outil peut également être utilisé pour le développement personnel.

Plus d'infos : Téléchargez le « Competentieprofiel dagcentrummedewerker » et le « Competentieprofiel contextbegeleider » via www.detouter.be, cliquez sur « kleurrijke maatzorg », ensuite sur « werkinstrumenten » et enfin sur « werknemer ».

Regardez aussi la « checklist voor een leesbare vacature » pour attirer divers employés via www.hrwijis.be et tapez dans la barre de recherche « leesbare vacature ».

Tags : *accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, outil de screening, VL*



25 L'indicateur de seuil



Quoi ? Avec l'indicateur de seuil, vous pouvez avoir une idée de l'accessibilité d'une organisation pour les groupes vulnérables, notamment les migrants et les minorités ethniques. Par exemple, peuvent être cartographiés les seuils et/ou les problèmes dans une organisation qui empêchent le recours aux soins pour certaines personnes.

Comment ? L'indicateur de seuil se compose d'un questionnaire et d'une boîte à outils contenant de la documentation pouvant être téléchargée gratuitement. Un expert peut apporter un soutien personnalisé aux prochaines étapes pour les organisations et associations de Hasselt.

Défis : Créer une dynamique parmi ses collègues pour travailler sur l'accessibilité du service pour les groupes vulnérables, peut constituer un défi.

Plus d'infos : Allez sur www.hasselt.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « drempelometer ».

Tags : *accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, outil de screening, consultance organisationnelle, VL*

3.2.2 Outreach et partenariats

Si l'organisation n'atteint pas les groupes cibles, il est important qu'elle se mette en mouvement et s'en approche par elle-même (59). De cette manière, votre organisation peut développer des partenariats durables avec des organisations voisines ou des organisations qui atteignent le groupe cible. Il est particulièrement important de travailler en outreach pour les personnes les plus vulnérables et pour celles isolées socialement (10).

PAROLES DE TERRAIN

Renforcer le réseau en travaillant ensemble

Le projet Medibus à Charleroi regroupe plusieurs associations qui agissent de façon préventive, et facilite la coopération dans ce domaine. Les personnes ayant un faible accès aux soins réguliers peuvent s'adresser au médecin dans son cabinet mobile. Un participant au projet a raconté durant l'interview :

« Nous nous connaissons assez bien au sein du réseau, mais dès que nous avons vraiment commencé à travailler ensemble sur le terrain, nous avons énormément renforcé notre coopération. Mieux vous vous connaissez, mieux vous connaissez les forces et les ressources de chacun. Cela permet de faire plus facilement appel les uns aux

autres afin que pour un cas qui ne relève pas de ma compétence, je puisse téléphoner et demander de l'aide. >>

Plus d'infos : www.sida-charleroi.mons.be



26 Reach out !



Quoi ? Vous souhaitez atteindre des groupes cibles MEM que vous ne voyez pas ou pas suffisamment dans votre organisation. En travaillant dans leur milieu de vie, l'offre et le fonctionnement peuvent mieux correspondre à leur contexte et à leurs besoins spécifiques et le seuil pour demander de l'aide peut être abaissé.

Comment ? Commencez par sensibiliser votre organisation lorsque vous remarquez que certains groupes MEM sont difficiles à atteindre. Avec vos collègues, choisissez dans quelle mesure vous souhaitez et pouvez intégrer ces groupes dans votre organisation (par exemple, occasionnellement ou de façon permanente).

Le livre *Reach Out !* de Sandra Beelen et ses collègues (59) peuvent vous aider. Dans ce livre, les auteurs examinent la question de savoir ce qu'est l'outreach, ce que le travailleur en outreach devrait être capable de faire, quel est son mandat et comment il peut le mettre en pratique.

Plus d'infos : Allez sur www.kennisplein.be et utilisez la barre de recherches avec les termes « outreach » et cliquez sur « meer weten » pour trouver des articles, outils, publications, questions, réponses et liens externes sur l'outreach.

Tags : prise de contact, accessibilité, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, MEM, professionnels de la santé, VL

PAROLES DE TERRAIN

Distribution de méthadone en outreach

Un répondant travaillant dans un programme de traitement à la méthadone a indiqué que le service était confronté à des acheteurs illégaux de méthadone, le plus souvent des consommateurs d'héroïne russophones. Les intervenants en outreach ont demandé à ces personnes de rejoindre le programme régulier. Les participants au

programme actuel ont été encouragés à refuser la demande de vente du médicament de substitution. Cela a finalement abouti à la participation de ce groupe d'utilisateurs au programme régulier (un travailleur flamand).

PAROLES DE TERRAIN

Réseau d'outreach

Un employé de service de santé mentale, impliqué dans le travail d'outreach pour les réfugiés, a déclaré lors des entretiens que la mise en réseau active à l'extérieur de l'organisation et la consultation d'experts dans les communautés constituaient une grande valeur ajoutée pour le SSM et son fonctionnement. Par exemple, le SSM est entré en contact avec des services moins connus (tels que des services-relais, des experts en diversité, des interprètes, des centres de santé communautaires) ou des services déjà connus (consultants CPAS) avec comme résultat de nouvelles collaborations. De cette manière, les partenaires peuvent échanger et mieux se connaître, mieux orienter, établir des accords de coopération et permettre une coordination différenciée pour les patients. Le SSM a permis aux patients d'être orientés plus rapidement et plus efficacement vers l'aide et les soins adaptés, en cas de trauma ou de prise en compte d'autres domaines de la vie (domicile, école, loisirs).

Des équipes mobiles dans l'avenir ?

NOTE CRITIQUE

Un travailleur flamand disait :

« Nous [SSM] sommes incroyablement limités en ce moment car il y a un énorme afflux de personnes qui ont besoin de soins et de soutien, mais dont les résultats thérapeutiques ne peuvent pas être atteints pour autant, et qui ne peuvent aller nulle part ailleurs. C'est un défi incroyable en ce moment. Nos listes d'attente s'allongent jusqu'à des périodes qui ne sont plus raisonnables. Et puis [dans ce contexte de travail] chercher des méthodes pour toucher de nouveaux groupes cibles, oui, ce n'est pas vraiment en tête de l'agenda. Et c'est dommage. Mais je pense que l'idée de ces équipes mobiles est bonne : supposons que certaines de ces équipes mobiles puissent accompagner la Croix-Rouge ou Fedasil, ce serait formidable pour la détection précoce. Mais les équipes mobiles manquent déjà actuellement de personnel pour servir la population classique... »



27

Méthode PACCT® : Psychiatry Assisting the Cultural diverse Community in creating healing Ties

Quoi ? Vous souhaitez accompagner un usager dans le cadre d'une méthode d'outreach, responsabilisante et d'empowerment, en respectant les différences culturelles. Solentra a développé la méthode PACCT® pour rendre l'aide psychologique plus accessible et efficace pour les réfugiés et les migrants. Cette méthode consiste en consultations communautaires (CBC) et/ou ethnothérapeutiques (ETC).

Comment ? Les CBC consistent en des tables rondes avec toutes les parties concernées, y compris le patient et ses proches. Le but est de clarifier et/ou de créer la demande d'aide afin d'arriver à une description et à une solution commune du problème, solution qui sera prise en charge par l'ensemble du système. Solentra joue le rôle de médiateur durant ces sessions.

Les ETC ont pour objectif l'accompagnement psychologique transculturel. Une attitude fondamentalement importante est la reconnaissance du fardeau porté par ces personnes, mais également de leur résilience.

Plus d'infos : Allez sur www.solentra.be et cliquez sur « expertisecentrum » pour télécharger un manuel de la méthode PACCT®.

À Bruxelles, l'asbl francophone « D'ici et D'ailleurs » effectue également des consultations d'ethnopsychiatrie ainsi que des missions de médiation. Ils se concentrent sur les aspects individuels, familiaux et/ou sociaux et font le lien avec les modèles dans lesquels se reconnaissent les patients. Allez sur www.dieda.be pour plus d'informations.

Tags : prise de contact, maintien en traitement, soins de santé (mentale), MEM, réfugiés reconnus, VL, BRU



28

Transit : accueil bas seuil inconditionnel

Quoi ? A Bruxelles, Transit fournit des soins aux usagers qui ont des difficultés ou sont dans l'impossibilité d'accéder à d'autres services en raison de leur situation psycho-médicale ou sociale.

Comment ? Transit offre un accueil inconditionnel bas seuil (gratuit avec peu de conditions d'accès), y compris des soins de jour et de nuit pendant treize jours, du soutien psycho-médico-social, ainsi que de la ré-orientation selon les besoins spécifiques, et un accès à du matériel stérile de consommation. Langues : français, anglais, néerlandais et espagnol.

Défis : Proposer de tels services à cause de l'absence d'initiatives similaires en Belgique est un défi pour Transit. De plus, la précarité du statut de séjour précaire du groupe cible est un obstacle qui rend difficile une perspective d'avenir. Par conséquent, certains usagers de drogues voient Transit comme une finalité en soi alors qu'il devrait être perçu comme une solution temporaire.

Plus d'infos : Allez sur www.transitasbl.be, cliquez sur « ressources », puis sur « documents internes ».

Tags : *accessibilité, accueil bas seuil, inconditionnalité, BRU*

L'importance des financements

NOTE CRITIQUE

Au cours de l'enquête PADUMI (10), un répondant du service résidentiel a déclaré que l'organisation ne pouvait pas continuer à embaucher – en raison des économies réalisées – une personne mobile extérieure. Le résultat direct a été que l'organisation a attiré moins de patients ayant des antécédents de migration. Le nombre d'usagers issus de la migration a encore diminué lorsque l'association « De Eenmaking » a été supprimée en 2012.

Plusieurs experts ont reconnu l'importance des organisations et professionnels pratiquant l'outreach dans l'accès aux services d'aide aux toxicomanes.

L'une des recommandations issues de l'étude PADUMI était donc le financement des travailleurs outreach en milieu résidentiel (p. 254) et le renforcement des liens entre les travailleurs outreach socioculturels et ceux axés sur la santé (p. 259) (www.belspo.be).



29 Travail en réseau



Quoi ? L'accès des MEM aux services de santé et à l'assistance spécifique en matière de toxicomanie peut être amélioré par une coopération structurelle. Par exemple, en vertu de l'Article 107 de la loi hospitalière, 20 réseaux ont été mis en place dans toute la Belgique, reliant d'une part des organisations d'aide en toxicomanie et des services

de santé mentale plus larges, et d'autre part, des réseaux de diverses organisations avec lesquelles un usager entre en contact, et ce, pour établir des liens afin d'assurer la continuité des soins. Dans ces réseaux, la coopération avec les centres d'asile et les organisations autonomes est également possible pour l'orientation vers les soins adéquats.

Comment ? Au sein de votre réseau local, recherchez de nouveaux partenaires qui sont en contact et/ou ont une expertise des personnes vulnérables ayant un antécédent migratoire, comme des centres d'asile ou des organisations autonomes. Dans la partie francophone du pays, un partenariat a été établi entre les associations *Diapason & Relais Santé de Charleroi* :

- **Diapason** : collaboration avec FEDASIL et médiation interculturelle pour traduction simultanée par internet. Leur but est l'accès inconditionnel pour les usagers de drogues, même sans mutuelle (pour les personnes sans papiers) ;
- **Relais santé** : a comme objectif de fournir un accès à l'aide médicale urgente (AMU), de fournir de l'information sur l'AMU aux patients, d'établir des collaborations avec le CPAS, d'accompagner, de coopérer par téléphone, de fournir une médication et de consulter gratuitement si les personnes n'ont pas droit à l'AMU.

Défis : Vous pouvez essayer d'élargir le réseau existant pour les groupes cibles MEM, mais il sera peut-être nécessaire de créer un nouveau réseau autour de ce thème pour un certain type de comportement.

Plus d'infos : Allez sur www.diapason-transition.be et www.relaisocialcharleroi.be. Trouvez le réseau de votre quartier via www.psy107.be. Vérifiez quels réseaux existent et si vous pouvez vous y connecter.

Tags : prise de contact, accessibilité, aide aux usagers de drogues, médiateur interculturel, WAL

PAROLES DE TERRAIN

PAKT

Le PAKT est le réseau de soins en santé mentale pour adultes (article 107) dans la région Gand-Ardenne flamandes-Meetjesland. Au cours des entretiens, de nombreux répondants ont indiqué que ce travail contribue à améliorer l'accessibilité du service et la continuité des soins. Sur le site web de PAKT vous pouvez lire ce qui suit : les partenaires du réseau sont liés par un effort commun visant à (ré)organiser les soins de manière à

ce que chaque bénéficiaire, qu'il s'agisse d'une question ou d'une urgence, ait accès aux services les plus appropriés de soins. Ceci est réalisé en développant des stratégies basées sur les besoins régionaux en matière de santé mentale. Sur la base du « Guide pour de meilleurs soins de santé mentale », cinq fonctions doivent être réalisées :

1. activités concernant la prévention, la promotion des soins de santé mentale, la détection précoce, le dépistage et le diagnostic ;
2. équipes ambulatoires de traitement intensif pour les problèmes psychologiques aigus et chroniques ;
3. équipes de réadaptation travaillant sur la réinsertion et l'inclusion sociale ;
4. unités de traitement intensif en établissement pour les problèmes mentaux aigus et chroniques lorsque l'admission est nécessaire ;
5. formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

PAROLES DE TERRAIN

Tables d'intervision « Dépendances et origines migratoires » à Gand

Dans le secteur des soins en toxicomanie, de nombreuses questions se posent sur l'accessibilité optimale du service pour les personnes issues de l'immigration et sur la qualité du travail avec ces personnes. La Ville de Gand organise donc des tables d'intervision pour les prestataires de soins dans le grand Gand. Afin d'approfondir ces questions, d'échanger des expertises et de rechercher ensemble des solutions, la Ville de Gand organise des tables d'intervision en collaboration avec, entre autres, le Zorgcircuit Middelenmisbruik Oost-Vlaanderen. Les professionnels du secteur spécialisé, mais aussi les travailleurs relevant plus généralement du social-santé ayant une expérience avec des personnes issues de l'immigration, y sont invités.

3.3 Établir des passerelles entre le soin aux usagers de drogues et le travail social général

Ce ne sont pas seulement les services spécifiques en toxicomanie, mais également d'autres organisations du social-santé, qui peuvent développer le soutien et l'orientation des migrants et des minorités ethniques confrontés à un usage problématique de substances.

De nombreuses organisations sont confrontées à cette problématique mais ignorent vers qui se tourner. Par ailleurs, il s'agit souvent plus que d'un simple usage problématique, et les usagers de soins ont donc, non seulement une demande de traitement, mais également un besoin de soutien pour d'autres domaines de la vie, tels que le travail ou l'éducation.

A partir d'une vision soutenant le rétablissement et le soin dans la cité (44) (45), il est avantageux de créer des passerelles entre les services spécifiques en toxicomanie et le large secteur du social-santé. Dans cette section, vous trouverez de l'aide pour l'élaboration d'une politique en matière de drogues inscrite dans le cadre du social-santé au sens large.

Si, avec le patient, vous voulez évaluer son usage de substances, y réfléchir ou intervenir de façon précoce, jetez un oeil à « Guider les MEM et discuter consommation de substances » (p. 44).



30

Une politique alcool et drogues dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Quoi ? Vous souhaitez développer une politique en matière d'alcool et de drogues et l'intégrer dans un centre d'accueil. Vous voulez créer un pont entre le secteur de l'accueil et le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Comment ? Utilisez le guide « Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers » qui convient à la fois aux grandes structures d'accueil telles que les centres d'accueil et aux petites organisations telles que les initiatives locales d'accueil. Vérifiez si la structure d'accueil de votre région a également une politique en matière d'alcool et de drogues et concluez des accords afin de diriger les clients vers les bons services.

Défis : Il est important de prêter attention à l'intégration dans l'organisation de la politique sur les drogues et, par conséquent, de sensibiliser les collègues. Lorsque vous quittez l'organisation en tant que personne responsable de la politique en matière de drogues, vérifiez attentivement que toutes vos tâches soient bien complètement transmises afin que la politique sur les drogues ne soit pas affaiblie.

Plus d'infos : Allez sur www.vad.be et utilisez la barre de recherche avec les termes: « asielcentra ».

Tags : prise de contact, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, feuille de route, VL

PRATIQUE DE TERRAIN

Coopération entre un CAD (Centra voor Alcohol- en andere Drugsproblemen) et un centre d'asile

Les centres d'asile du Limbourg, avec le soutien de CAD Limburg, ont élaboré une politique alcool et drogues en utilisant la feuille de route. En plus d'une vision générale, elle comprend les piliers élaborés de la réglementation, de l'aide et des mesures structurelles. Dans le cadre du pilier de l'aide, des accords peuvent être conclus entre le service social, le service médical et le CAD Limbourg, y compris la prescription et la fourniture de méthadone/subuxone.

Il a été convenu que le médecin de ce centre est un médecin généraliste pour les demandeurs d'asile et non un fournisseur. Cela élimine beaucoup de pression. Les instructions sont fournies par le médecin de la MASS et les directives sont consignées par un travailleur de la MASS. La méthadone ou le subuxone est prélevé auprès du pharmacien et non du service central. Les médecins de ces centres peuvent être invités à l'intervention de la méthadone. Si le centre choisit de fournir ces réglementations, il ne peut y avoir de conseils du CAD (un travailleur flamand).

3.4 Connexion : être capable de renvoyer le MEM vers du soin en toxicomanie ou en santé mentale

Les répondants aussi bien au projet PADUMI (usagers de drogues) (10) qu'au projet de recherche MATREMI (professionnels) (www.belspo.be) ont indiqué que le premier appel à l'aide ou le premier signal d'alarme n'est souvent pas dirigé vers une aide spécifique aux usagers de drogues.

Il y a de grandes chances qu'une personne aille frapper à la porte d'un CPAS, d'un service d'intégration, d'une mutualité, d'un CAW ou d'un psychologue privé. Il est donc également important de pouvoir répondre à une alerte d'un travailleur social, même si les personnes n'ont pas de papiers.

Cette section fournit des renseignements sur les organisations auxquelles vous pouvez vous référer ou les organisations qui peuvent effectuer ce type d'aide. Si

nécessaire, une bonne orientation permettra au MEM d'être accompagné vers ces organisations et professionnels.



31

Guide et orientation pour des soins de santé mentale accessibles aux réfugiés à Bruxelles



Quoi ? Ce guide s'adresse aux travailleurs de première ligne qui souhaitent orienter les réfugiés de Bruxelles vers les soins de santé mentale. L'orientation réelle mais aussi le soutien aux réfugiés est effectué par Ulysse.

Comment ? Ulysse fournit un soutien aux personnes qui immigrent, qui sont en transit ou qui attendent un permis de séjour. Ulysse est impliqué dans le suivi thérapeutique, le soutien et l'orientation des personnes ayant des antécédents migratoires européens ou non.

Défis : La manière dont ce groupe cible est suivi est un défi majeur pour la santé mentale. L'afflux de ces groupes cibles au sein des structures classiques de santé mentale n'est jamais évident.

Plus d'infos : Le « Guide sur l'accès à l'aide en santé mentale pour personnes exilées en région bruxelloise » se trouve sur www.gams.be.

Tags : prise de contact, accessibilité, soins de santé (mentale), BRU



32

Accompagnement mobile dans l'aide aux usagers de drogues



Quoi ? Le Projet Lama guide les personnes en migration vers les services d'aide aux usagers de drogues et, au besoin, les soutient.

Comment ? Ce réseau relie différents services qui peuvent aider le groupe cible. Le Projet Lama a également une équipe mobile et des travailleurs de rue pour atteindre les demandeurs d'asile. Le Projet Lama travaille avec des associations qui entrent en contact avec le groupe cible. Il offre également de la formation et de l'intervision sur le développement de nouveaux outils et des stratégies d'intervention. Le Lama est principalement actif à Ixelles, Anderlecht et Molenbeek.

Défis : Le Projet Lama indique que le réel défi est le manque de vision de la part des décideurs, ainsi que le manque de moyens pour financer des projets novateurs.

Plus d'infos : www.projetlama.be

Tags : prise de contact, accessibilité, aide aux usagers de drogues, BRU

PAROLES DE TERRAIN

Favoriser l'accès au réseau existant

À Bruxelles, l'asbl Le Projet Lama accompagne – en ce compris physiquement – les usagers de drogues dans les différents lieux où ils doivent se rendre (Projet Lambda, Dass et équipe mobile Artha). Cette pratique part du principe que, pour des publics en situation de précarité, il est nécessaire de s'assurer qu'ils soient effectivement en contact avec les associations ou institutions qui peuvent les prendre en charge.

« Il n'y a pas de main invisible qui va te guider, parce que le patient est perdu dans le paysage. Et puis donc tu as besoin de quelqu'un qui se mette à côté de lui, qui l'accompagne physiquement du Lama, au CPAS, pour qu'il ait une AMU, qui s'active (...), il faut que le patient ait son accès auprès d'une pharmacie, qu'on explique à la pharmacie qui il est, comment ça va fonctionner avec la pharmacie. Si le patient veut dormir quelque part, c'est un sans-papiers donc qu'il est fatigué du squat, qu'il veut aller à un service social ou être hébergé au centre Transit, eh bien, il faut parfois l'accompagner, lui montrer où c'est. »

Pour décrire cette manière de travailler, un des travailleurs fera l'analogie du « fixe » qui est une personne locale qui, dans un milieu hostile à l'étranger, fait office d'interprète, de guide et d'intermédiaires avec les autorités et la population.



33 Assistance médicale Médecins du Monde



Quoi ? Les personnes qui ne peuvent pas être aidées dans le circuit de soins ordinaires, en raison de leurs vulnérabilités différentes, peuvent se rendre à différents endroits pour des soins médicaux et psychologiques.

Comment ? Tournez-vous vers l'une des initiatives de Médecins du Monde si votre patient ne peut (plus) aller nulle part pour des soins médicaux ou psychologiques. Ci-dessous un aperçu.

Flandre :

- Anvers : COZO (Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie) pour les soins médicaux de base, les spécialistes et les assistants sociaux (pour la réintégration dans le système de soins normal) ;
- Oostende : CAW pour un médecin ou un psychologue ;
- Zeebruges : parochiecentrum pour de l'aide médicale ;
- Bruges : Inloopcentrum 'T Sas pour de l'aide médicale.

Région Bruxelloise :

- Centre Athena pour les médecins ;
- Médibus, en partenariat avec Dune, centre de réduction des risques en contexte de précarité pour des soins paramédicaux en utilisant une salle de consultation et un espace de discussion mobile pour les personnes dans le besoin (personnes qui sont sans abri, n'ont pas de papiers, consomment de la drogue et travaillent dans l'industrie du sexe). Les personnes qui utilisent des drogues injectables peuvent bénéficier d'aiguilles stériles et des soins spécifiques ;
- Hub humanitaire pour des soins infirmiers, médicaux et psychologiques, consultation avec sage-femme, distribution de vêtements et de produits d'hygiène, regroupement familial, conseils administratifs et sociaux, et mineurs ;
- CASO (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) pour des questions sur l'accès aux soins de santé.

Wallonie :

- La Louvière : CPAS pour de l'aide médicale ;
- Namur : Le Blé en herbe pour de l'aide médicale et sociale ;
- Hainaut : Médibus en partenariat avec Entre 2 Wallonie, Le Comptoir, l'Asbl SIDA-IST Charleroi Mons, le Relais Santé de Charleroi et le CPAS de Charleroi.

Plus d'infos : Allez sur www.medecinsdumonde.be et cliquez sur le menu. Cliquez ensuite en bas du menu « j'ai besoin de voir un médecin ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, demandeurs d'asile, personnes sans papiers, soins à bas seuil, soins mobiles, VL, BRU, WAL

PAROLES DE TERRAIN

Des équipes médicales mobiles pour aller à la rencontre des plus isolés

Dans la région de Charleroi, de nombreuses associations sont localisées dans le centre-ville, ce qui pose la question du (non)accès à ces services par les usagers de drogues éloignés du centre-ville. Le Médibus permet d'aller à la rencontre de ces publics comme le résume un travailleur d'une des associations participant à ce projet :

« Un Médibus, c'est un mobile home qui est aménagé en espace de consultation, de soins et avec ce Médibus, on sort du centre-ville de Charleroi, parce qu'on sait que pour diverses raisons, certains publics s'éloignent du centre-ville. (...) Et nous pouvons, avec ce Médibus, aller les retrouver, leur offrir des soins et aussi faire de la réduction des risques. Et, ce n'était pas le but spécifique de toucher des migrants, mais, quand on se rend sur Marchienne, on se rend compte qu'il y a aussi ce public qui est là. »



34 Equipe de Liaison et d'accompagnement pour demandeurs d'asile



Quoi ? EleA était une équipe de liaison destinée à faire le lien entre les centres d'accueil et les structures de soins psychiatriques pour les demandeurs d'asile. Cette équipe facilitait l'accès aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale, en ambulatoire et/ou en résidentiel si nécessaire.

Comment ? Pratiquement, il s'agissait d'une équipe mobile (EleA) de trois personnes (psychologue, AS, infirmière) intervenant dans les centres d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés (Fedasil, Croix-Rouge, ILA, etc) pour rencontrer les demandeurs d'asile et réfugiés présentant des troubles d'ordre psychiatrique, y compris des problématiques d'assuétudes. ELLeA avait aussi pour mission de co-intervenir avec ces dispositifs pour de ce fait, les renforcer avec une expertise en matière d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés (traductions ou mise en place de traductions, connaissance de l'exil et des traumatismes, de la demande d'asile et de l'ethnopsychiatrie, etc).

Défis : Bien que le projet ait été évalué positivement, les autorités subsidiantes ont demandé de le faire évoluer vers une autre direction.

Plus d'infos : Allez sur www.cp-st-martin.be et utilisez la barre de recherche avec le terme « EleA ».

Tags : *accessibilité, soins en santé (mentale), maintien en traitement, soins mobiles, WAL*

PAROLES DE TERRAIN

Le besoin de consultations préalables et de passerelles pour les demandeurs d'asile

L'équipe mobile permettait non seulement de rencontrer les demandeurs d'asile, mais aussi de réfléchir à la prise en charge la plus adéquate, sans encombrer les services de psychiatrie ou exiger du patient qu'il ne se déplace. Comme le dira un des participants :

« Tout le monde allait dans les centres Fedasil et la Croix-Rouge. Ils allaient sur place (...), revenaient, on discutait et donc ça permettait déjà de faire un pré-tri et de ne pas voir le tout-venant. Je ne voyais que ceux dont on avait l'impression qu'il fallait un diagnostic psychiatrique, peut-être de la médication. »

De plus, l'équipe permettait aussi un accueil des demandeurs d'asile avant la consultation psychiatrique, ce qui était bénéfique pour la relation thérapeutique. Ceci nous apprend que pour des publics en situation de précarité, notamment les demandeurs d'asile, réfléchir à l'accueil pré-consultation est important.



35

POZAH : Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis (Soutien psychiatrique et prise en charge des demandeurs d'asile à domicile)



Quoi ? Les demandeurs d'asile adultes (avec de grandes chances d'être reconnus), présentant de graves problèmes psychiatriques, peuvent bénéficier d'un traitement et de soins spécifiques et spécialisés (en résidentiel) en vue d'une intégration maximale dans la société par le biais du POZAH. Une équipe multidisciplinaire suit le patient tout au long du processus de prise en charge psychosociale et de l'accompagnement. Cette équipe est composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social,

d'un case manager/interprète, d'une infirmière et d'un pair-aidant. POZAH s'efforce également de soutenir le réseau régulier de prestataires de soins de santé et d'organisations après le départ de ces personnes de l'hôpital.

Comment ? Orientez les demandeurs d'asile adultes présentant de graves problèmes psychiatriques et n'étant pas inscrits dans un trajet de soins en résidentiel, vers POZAH. Après l'admission, le patient est admis en résidentiel, et après son départ, il est suivi et soutenu à domicile. POZAH est actif en Flandre et à Bruxelles et propose également des services de coaching et de formation.

Défis : L'orientation vers les soins classiques de ce groupe cible est parfois difficile (la langue est un obstacle, il est donc nécessaire de faire appel à des interprètes). Il existe un besoin de traitements alternatifs mettant l'accent sur les compétences d'apprentissage, l'offre traditionnelle étant souvent insuffisante en raison d'une focalisation trop forte sur la langue. Les demandeurs d'asile souhaitent en priorité une clarification et une certitude quant à leur procédure de demande d'asile ; ce n'est qu'ensuite qu'ils pourront traiter le traumatisme subi. Enfin, trouver du financement peut être un défi. Ce projet a été financé par le Fonds Asile, Migration et Intégration (AMIF).

Plus d'infos : Allez sur www.alexiusgrimbergen.be et cliquez dans le menu sur « zorgnetwerk » pour télécharger le folder de POZAH.

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, secteur de l'asile et l'intégration, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, VL, BRU



36 Feuille de route des réseaux (de soins)



Quoi ? Vous voulez que les migrants et les minorités ethniques jouissent d'une meilleure accessibilité du service et d'un contact plus aisé avec le secteur assuétudes. Pour cela, vous souhaitez créer des réseaux avec des organisations locales relevant du social-santé, du socioculturel ou d'autres domaines.

Comment ? Créez, dans votre région, des partenariats avec des acteurs locaux, des organisations du social-santé et des associations socioculturelles qui pourraient être avantageux pour les organisations impliquées. Consultez la feuille de route pour les réseaux de soins. Ce sont neuf exercices qui vous aideront à mettre en place un réseau

de soins de santé. Vous pouvez également être assisté par un professionnel lorsque vous démarrez un réseau de soins de santé.

Défis : Un piège peut être de ne pas vérifier la similitude entre la demande du parrain et celle du patient. Le contexte changeant et incertain d'un individu (par exemple, le statut de séjour) peut également être un défi. Cette méthodologie met l'accent sur le travail avec des volontaires, ce qui peut être un défi.

Plus d'infos : Allez sur www.ontknoop.be pour consulter la feuille de route, les exercices et l'aide au démarrage d'un réseau de santé.

Tags : *prise de contact, accessibilité, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, MEM, feuille de route, consultance organisationnelle, VL*

PAROLES DE TERRAIN

Un réseau local d'un Service de Santé Mentale

Un service de santé mentale (SSM) a mis en place un réseau afin de promouvoir l'orientation, à partir des services locaux comme une ILA (initiative locale d'accueil) ou un CPAS, vers des services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie. Le SSM a identifié des employés de ces services locaux pour orienter les patients issus de l'immigration et, si nécessaire, les accompagner vers les soins de santé mentale ou le traitement de la toxicomanie. Le résultat est que le groupe cible peut être aidé plus spécifiquement grâce à la connaissance de leurs problèmes. Il est également plus facile pour les patients d'être dirigés vers d'autres services (un travailleur flamand).

PAROLES DE TERRAIN

Intersection de questions psychologiques et sociales

Un travailleur flamand a déclaré que divers CAW (Centrum Algemeen Welzijn) et CPAS flamands avaient récemment commencé à se pencher sur les intersections pour des questions psychosociales. À la croisée des chemins, les partenaires sociaux et sanitaires collaborent pour aborder les questions psychosociales, réaliser une offre d'assistance à court terme et consulter d'autres services, si nécessaire. Aux Points d'Intersection se pose la question de savoir quelle est la base du problème et ce qui s'avère prioritaire. Par exemple, c'est en collaboration avec les CPAS et le SSM qu'est identifiée l'aide qui sera la plus nécessaire et adaptée.

C'est ainsi que les gens peuvent aller gratuitement aux Points d'intersection Voorkepen, Mortsels, Kalmthout pour obtenir les premiers soins en cas de problèmes psychologiques et sociaux. Une note critique à l'égard de ces Points d'intersection est que le personnel doit être libéré alors qu'en même temps un nouvel afflux est généré. Cela entraîne une moins grande capacité d'accueil pour l'organisation (et les listes d'attente peuvent donc être rallongées).

PAROLES DE TERRAIN

Travailler en réseau avec le tissu associatif

L'asbl IST-Sida a mis en place une plateforme [Migr'En Santé](#) qui regroupe diverses associations de migrants et des acteurs institutionnels (CPAS, CRIC, etc). Cette plateforme vise principalement la prévention du grand public. Passer par des associations de migrants permet de toucher de nombreuses personnes, parfois éloignées des services de santé. Cette mise en réseau nécessite un travail de terrain important afin d'identifier les associations pouvant toucher le public-cible mais, une fois le réseau établi, elle permet d'avoir une caisse de résonance non négligeable pour faire de la prévention. Comme le dit un travailleur de l'Asbl :

« Les associations, c'est la seule façon de toucher les communautés ethniques. Parce que chaque communauté a sa propre organisation dont il faut identifier le responsable. Je dois donc [expliquer] au responsable, quels sont mes objectifs, quelles sont mes missions. »

L'ensemble des acteurs de cette plateforme se réunissent une fois par an, lors d'une journée portant sur le thème de la Santé :

« Nous préparons la journée thématique tout au long de l'année pour arriver à deux ou trois thèmes à aborder. Mais on se met tous d'accord. Et là qu'est-ce que je fais ? Pendant la journée, nous travaillons avec les professionnels de la santé du point de vue de l'immigration. »

Cet événement se veut familial et ouvert à tous. Ce faisant, des familles s'y rendent et prennent connaissance d'exposés visant la prévention. Cette année un des thèmes touchait les assuétudes (www.sida-charleroimons.be).



37 S'orienter en Flandre

Quoi ? Vous voulez orienter les migrants et les minorités ethniques vers une assistance appropriée pour l'alcool ou la drogue.

Comment ? Consultez le guide de référence du VAD et trouvez l'offre appropriée pour votre patient ayant une expérience de migration ou appelez De Druglijn pour une orientation. Le point de conseil en assuétudes (région d'Anvers) permet également à tous de se connecter gratuitement et met la personne en contact avec un organisme d'assistance approprié. Le patient peut les rencontrer dans le cadre d'une consultation gratuite, les appeler ou envoyer un courriel pour prendre rendez-vous. Après une discussion individuelle, vous recevrez un conseil gratuit. Vous pouvez également trouver un aperçu des services de santé mentale pour les réfugiés et les demandeurs d'asile en Belgique sur le site web du SPF Santé publique.

Plus d'infos :

Allez sur www.vad.be pour le « doorverwijsgids VAD » et cliquez tout au-dessus dans le menu sur « doorverwijsgids ».

Allez sur www.adviespuntverslaving.be pour des infos sur le Adviespunt verslaving (region d'Anvers).

Allez sur www.health.belgium.be pour l'Aperçu de l'offre SSM pour réfugiés et demandeurs d'asile et utilisez la barre de recherche avec les termes « offre SSM ».

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, professionnels de la santé, consultance individuelle, VL, BRU, WAL

Orientation vers des soins spécialisés

NOTE CRITIQUE

Un répondant flamand a répondu spontanément à l'explication des objectifs du projet MATREMI : « L'accessibilité est le premier aspect. Je pense qu'il y a un problème général avec les soins de santé mentale ambulatoires, qu'il s'agisse de drogues ou d'autre chose. « Nous ne voyons pas suffisamment ces personnes », dit-on encore dans les soins de santé mentale ambulatoires. Mais il y a aussi de grandes résistances au sein de ce service de santé mentale ambulatoire pour les prendre en charge parce qu'on ne peut pas leur parler, à cause des différences linguistiques. Ils disent aussi : « Oui, il y a peu de prise de conscience de la maladie » ou « Il y a peu de motivation pour le traitement ». Le traitement est parfois considéré comme moins pertinent et ce sont tous des facteurs qui font que les gens se retrouvent sur des listes d'attente et ne sont souvent pas vus. Ce qui me frappe chez les réfugiés, par exemple, c'est

que tant qu'ils sont en procédure d'asile, ils ont libre accès aux soins de santé mentale et que beaucoup en ont besoin. Mais ils ne sont souvent vus que lorsqu'ils ont obtenu le statut de réfugié. Et puis, ils n'ont plus d'accès libre, alors cela échoue. La procédure d'asile prend généralement beaucoup de temps, mais la procédure pour accéder aux SSM est encore plus longue. [...] Et les endroits où ils peuvent être aidés avec une forme quelconque d'assistance linguistique, par exemple, sont parfois très éloignés de la localisation des personnes. »



38 Soins dans d'autres langues



Quoi ? Vous souhaitez pouvoir orienter le MEM vers un répondant qui parle sa langue.



Trouvez un psychothérapeute ou un psychologue qui répond à ces souhaits. Pour la région anversoise, une vue d'ensemble des langues parlées par un ou plusieurs prestataires de soins est également disponible, parmi les CAW Antwerp, SSM Andante, SSM Vagga et du secteur toxicomanie.

Comment ? Lorsque vous orientez vers le soin dans la région d'Anvers, utilisez ce guide pour savoir dans quelles langues votre patient peut être aidé.

Défis : Cette liste est un instantané datant de février 2018. Les organisations ne peuvent garantir qu'un patient sera aidé dans une langue donnée. D'autres critères tels que l'expertise du prestataire de soins sont également importants.

Plus d'infos : Allez sur www.vindeentherapeut.be et filtrez votre recherche par région et par langue pour trouver un thérapeute capable de parler une langue particulière. Allez sur www.vind-een-psycholoog.be et filtrez votre recherche par (région et) langue pour trouver un psychologue qui a certaines compétences linguistiques.

Allez sur www.csz-antwerpen.be et cliquez dans le menu sur « documentatie ». Au point 2 « Folders voor hulpverleners en organisaties », vous pourrez télécharger la brochure « Anderstalige hulpverlening in Antwerpen ».

Tags : prise de contact, accessibilité, maintien en traitement, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, professionnels de la santé, MEM, VL



39 Groupes d'auto-support



Quoi ? Certains groupes AA (Alcooliques Anonymes) et NA (Narcotiques Anonymes) sont organisés pour pouvoir accueillir des groupes cibles MEM spécifiques. Dans la région d'Anvers, des groupes AA se concentrent sur les Polonais et certains groupes NA se tiennent en farsi et en anglais. Dans la région bruxelloise, il existe également un certain nombre de groupes AA en polonais.

Comment ? Renvoyez le patient avec son accord, vers un groupe AA ou NA qui se concentre spécifiquement sur son groupe cible ethnique. Si cela n'est pas possible, le MEM peut également accéder aux groupes AA ou NA classiques et non orientés vers un groupe cible spécifique.

Plus d'infos : Pour les groupes AA dans les régions de Bruxelles et d'Anvers, allez sur www.aavlaanderen.org.

Pour les groupes AA dans les régions de Bruxelles et Wallonie, allez sur www.alcooliquesanonymes.be.

Pour les groupes NA dans les régions bruxelloise, flamande et wallonne, allez sur www.na-belgium.org et cliquez sur « Meetings ».

Tags : *accessibilité du service, maintien en traitement, aide aux usagers de drogues, MEM, environnement relié à l'alcool ou aux drogues, soutien linguistique, soins à bas seuil, VL, BRU, WAL*



40 Conventionner un centre pour usagers de drogues avec un ou plusieurs CPAS

Quoi ? Améliorer l'accès aux soins de santé pour les consommateurs de substances en situation irrégulière en créant des partenariats entre les CPAS et les organisations et services de prise en charge des toxicomanies, d'aide aux usagers de drogues et un CPAS. Ce type d'accord repose sur une vision inclusive de la société, l'exercice des droits fondamentaux de chacun et un meilleur soutien aux populations vulnérables.

Comment ? En établissant une convention qui facilite l'activation de l'aide médicale urgente, la délivrance de cartes médicales, l'inscription du bénéficiaire dans un système de protection et d'exercice de ses droits fondamentaux.

Défis : Le Projet Lama asbl après plusieurs années de négociations est le premier service d'aide aux toxicomanes à avoir établi une convention cadre avec le Centre Public d'Aide sociale de Bruxelles. Nous espérons que ce précédent puisse faciliter les conventions entre les CPAS et les autres services actifs en toxicomanie. Le processus peut en effet être long et sujet à énormément d'étapes administratives.

La convention doit aussi présenter un avantage pour le CPAS, il importe évidemment de le démontrer. Le partenariat doit aussi permettre une meilleure rencontre entre les usagers de drogues et leurs collègues des CPAS concernés.

Le suivi de la convention nécessite des ajustements internes dans les services, un suivi régulier pour qu'elle puisse être pleinement opérante.

La convention participe à une vision inclusive de la société, à l'exercice des droits fondamentaux et à une meilleure prise en charge de la santé de populations vulnérables.

Plus d'infos : Allez sur www.projetlama.be. Vous pouvez également contacter www.medimmigrant.be pour obtenir des informations sur le contenu de ce type de convention.

Tags : *accessibilité, soins de santé, BRU*

3.5 Les MEM peuvent être orientés hors du secteur du soins (spécialisé en toxicomanie)



41

Accompagnateurs en diversité

Quoi ? Vous voulez qu'il soit plus facile pour les réfugiés reconnus et les nouveaux résidents d'origine étrangère de trouver du service et de l'aide. Des accompagnateurs peuvent les orienter et les informer (à la fois en ligne et hors ligne) afin d'augmenter leur autonomie. Les accompagnateurs font également le pont entre ces nouveaux arrivants et les services dans d'autres domaines tels que les loisirs. L'Agentschap Integratie en Inburgering (Agence pour l'intégration et l'insertion) fournit un soutien aux fournisseurs de subventions.

Comment ? Vérifiez s'il y a un accompagnateur dans votre région en contactant votre commune ou le service d'intégration. Mettez les patients en relation avec un animateur local.

Plus d'infos : Contactez la commune ou le service d'intégration et informez-vous sur les animateurs régionaux. Les régions suivantes, entre autres, ont développé un réseau d'accompagnateurs : Roeselare, Louvain, Grammont, Bruxelles, Bruges et Courtrai.

Allez sur www.pinvzw.be pour plus d'informations sur les animateurs dans les régions de Vilvoorde, Halle et Ninove.

Tags : prise de contact, soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale générale, secteur de l'asile et l'intégration, MEM, VL, BRU



42 Trouvez son chemin via le smartphone



Quoi ? À l'aide d'une application smartphone, vous pouvez faire connaître aux patients les services locaux qu'ils peuvent utiliser en tant que réfugiés (et/ou migrants) pour, entre autres, la nourriture et les autres besoins de base, les soins de santé, les questions juridiques et le logement. Vous pouvez utiliser l'application pour pouvoir vous orienter vous-même et/ou ajouter votre (vos) service(s) à l'application. Ce sont plus de 75 organisations belges avec environ 350 services qui y ont déjà été incluses. De nombreux services ont été traduits dans différentes langues, dont l'arabe et le farsi. L'application fonctionne également sans Internet.

Comment ? Jetez un coup d'œil sur le site de « Refugee aid app ». Informez votre patient de l'existence de cette application et/ou téléchargez-la vous-même (disponible pour les appareils Apple et Android).

Défis : Certains migrants ou réfugiés n'ont pas de smartphone. Demandez d'abord s'ils en possèdent un.

Plus d'infos : Allez sur www.refaid.com pour télécharger l'application ou parlez-en à votre patient.

Tags : prise de contact, accessibilité, soins de santé (mentale), assistance sociale, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, personnes sans papiers, soutien linguistique, VL, BRU, WAL

43 Soutien juridique

Quoi ? Vous souhaitez aider les patients dans leur recherche de soutien juridique en ce qui concerne leur statut de séjour.

Comment ? En cas d'incertitude ou de problèmes liés à un titre de séjour, des conseils ou une orientation brève vers une information correcte peuvent revêtir une grande importance. Envoyez un courrier ou appelez la ligne d'information sur les réfugiés ou le service d'assistance juridique de l'Agentschap Integratie en Inburgering. Vous trouverez également sur le site web de cette agence un aperçu des services spécialisés par province ou ville. Vous pouvez également consulter le site web www.asyluminfo.be pour des informations personnalisées et dans sept langues différentes.

Plus d'infos :

Allez sur www.vluchtelingenwerk.be pour consulter la « vluchtelingeninfolijn » et utilisez la barre de recherche avec les termes « infolijn ».

Allez sur www.asyluminfo.be pour obtenir des informations en plusieurs langues sur la procédure d'asile.

Allez sur www.agii.be pour le service d'assistance juridique téléphonique et un aperçu par province/ville. Utilisez la barre de recherche avec les termes « juridisch advies ».

Allez sur www.cire.be, cliquez sur les services et ensuite sur « Accueil général du CIRE ».

Allez sur www.adde.be, le site de l'association de défense de droits des étrangers. L'onglet « Publications » regorge d'analyse juridique et l'onglet « Ressources » contient une diversité de fiches pratiques, liste de services d'aides et d'informations pratiques qui pourront vous être utiles.

Consultez le site www.medimmigrant.be qui regorge d'informations sur la prise en charge des MEM. Cliquez sur l'onglet « Séjour ou retour en cas de maladies », vous trouverez des informations sur les titres de séjours et les droits des étrangers malades.

Tags : soins de santé (mentale), assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, personnes sans papiers, VL, BRU, WAL

44 Activation sociale/réinsertion sociale

Quoi ? Vous souhaitez aider les (anciens) usagers de drogues vulnérables en région de Gand ou d'Anvers, via une activation sociale et des activités de jour. Orientez-les alors vers l'une des initiatives ci-dessous. Les objectifs de ces projets bien intégrés localement, sont les suivants : inscription et rendez-vous à bas seuil d'accès, activation de base, activation (professionnelle), orientation et référence vers les soins, l'aide et d'autres services, et outreach.

Comment ? Orientez les (ex-)usagers de drogue vulnérables, ayant besoin de contacts sociaux, vers OpStap, Navis Gandae (région de Gand) ou Buro Aktief (région d'Anvers). Les activités quotidiennes consistent d'une part en une activation sur site et/ou en une réorientation vers d'autres services (de soins) bas seuil. Par ailleurs, des activités (de groupe) sont organisées (éventuellement en déplacement). Des opportunités de rencontre avec des pairs existent également à l'occasion de la tenue des activités principales.

Plus d'infos :

OpStap (Gand) : Allez sur www.stad.gent et utilisez la barre de recherche avec les termes « opstap ».

Navis Gandae (Gand) : Allez sur www.navisgandae.be.

Villa Voormtan (Gand) : Allez sur www.villavoortman.be.

Refu Interim (Gand) : Allez sur www.refuinterim.be.

Buro Aktief (faisant partie de De Nomaad Antwerpen) : Allez sur www.free-clinic.be et cliquez dans le menu sur « Deelwerkingen », ensuite sur « Nomaad » et enfin sur « Buro Aktief ».

Réseau contre la pauvreté : Allez sur www.netwerktegenarmoede.be et cherchez une organisation dans votre quartier.

Tags : soins de santé (mentale), aide aux usagers de drogues, assistance sociale, MEM, VL

45 Accompagnateur de trajet pour réfugiés/Housing Café

Quoi ? Vous voulez aider les patients, reconnus comme réfugiés, à trouver un logement abordable. Vous pouvez alors orienter ces personnes vers un Housing Café. Les ILA et les centres d'accueil peuvent également le faire dès qu'il s'agit de réfugiés

reconnus. Un volontaire peut aider le réfugié à trouver un logement abordable, grâce à sa présence et au soutien lors de la recherche, aux contacts avec les propriétaires, à sa présence lors des visites, à son aide lors de l'installation pratique et pour l'intégration sociale.

Comment ? Prenez contact avec un Housing Café dans les régions de Gand, Anvers et Liège.

Défis : La pénurie de logements abordables, la barrière de la langue et la nécessairement forte implication des volontaires peuvent constituer un défi. En outre, l'accès vers les soins de santé mentale à partir des Housing Cafés peut également être difficile.

Ce projet a eu lieu de novembre 2015 à mars 2019. Il n'est pas encore clair s'il sera prolongé dans ces régions après 2019.

Plus d'infos : Allez sur www.caritas.be et utilisez la barre de recherche avec les termes « housing café ».

Tags : *assistance sociale, secteur de l'asile et de l'insertion, demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, VL, WAL*

PAROLES DE TERRAIN

Le Housing Café a comblé un vide

Un répondant ayant participé à l'enquête a déclaré que le Housing Café de Gand avait une aide très élevée, en très peu de temps. L'aide a clairement comblé une lacune reconnue par le CPAS qui agissait comme une ILA. Les accompagnateurs continuent de recevoir la reconnaissance des patients pour ce qu'ils ont réalisé à l'époque. Presque toutes les personnes pouvaient trouver un logement et beaucoup ont pu en faire leur chez soi.

Pour un certain nombre de personnes, cet engagement et ce temps ont été insuffisants. Certains ont subi des traumatismes dans leur pays d'origine ou ont simplement eu des problèmes psychologiques à la suite de leur migration. Pour certains, l'intégration est toujours très difficile après des années et cela se traduit par un comportement autodestructeur (CAW Flandre occidentale).

46 Mentor 2 work

Quoi ? Vous souhaitez aider les demandeurs d'emploi issus de l'immigration à trouver un travail. Avec ce projet de mise à l'emploi du Forum des minorités, ils peuvent être soutenus. Un mentor rencontre deux fois par mois le demandeur d'emploi, pour discuter de sa recherche. Par ailleurs, il existe également diverses formations, ateliers et interventions. « Mentor 2 work » a pour mission de réduire la distance qui sépare l'employeur d'un employé potentiel issu de l'immigration. L'objectif est d'augmenter les chances de réussite de ce groupe cible sur le marché de l'emploi.

Comment ? Adressez-vous à « Mentor 2 work » ou à « Duo for a job » pour aider les patients issus de l'immigration qui cherchent du travail. Ce projet se déroule dans les régions de Gand, Anvers, Malines et Hasselt.

Plus d'infos : Allez sur www.mentor2work.be et sur www.duoforajob.be pour plus d'informations.

Tags : *assistance sociale, secteur de l'asile et l'insertion, MEM, VL*

4. Pratiques inspirantes chez nos voisins

Afin de mieux comprendre les pratiques inspirantes européennes visant l'accessibilité du service, le contact et le maintien en traitement des MEM, l'enquête en ligne utilisée en Belgique (voir [Introduction](#)) a été traduite en anglais et diffusée dans 28 États membres de l'UE. De cette manière, 34 pratiques inspirantes ont été identifiées. Une recherche supplémentaire dans les rapports nationaux 2014 sur les drogues a permis d'obtenir des renseignements sur 14 pratiques inspirantes dans ces pays.

Pour prendre connaissance de la stratégie de recherche dans son entièreté ainsi que des aspects méthodologiques, reportez-vous au rapport MATREMI (www.belspo.be). Nous nous référons également à ce rapport pour un aperçu complet de ces pratiques dans les études de littérature⁶. Dans ce qui suit, nous discutons des caractéristiques les plus importantes des pratiques identifiées et de ce que ces tendances peuvent signifier pour l'avenir des MEM dans le traitement « drogues » en Belgique.

6 Substance use services for refugees (Greene et al., 2019), Addressing Alcohol and substance use disorders among refugees: a desk review of intervention approaches (Kane & Greene, 2018), Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum applicants and irregular migrants (Priebe et al., 2016), Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward (WHO, 2018), Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies (Fountain, 2015).

4.1 Etude européenne et rapport drogues 2014

4.1.1 Groupes cibles

Dans les rapports drogues européens, nous constatons qu'**environ un tiers des pays ne mentionnent pas les MEM**. Les groupes cibles visés variaient d'un pays européen à l'autre. Au Portugal et en France, par exemple, l'accent a été mis sur les consommateurs de drogues vulnérables et moins sur des groupes cibles spécifiques de MEM, tandis qu'en Lituanie, en Bulgarie, en République tchèque, en Roumanie, en Slovaquie et en Croatie, des rapports sont faits au sujet des Roms dans le cadre de l'aide aux usagers de drogues. Les États baltes, ainsi que la Finlande, la Pologne, le Royaume-Uni et la République tchèque, ont également fait état d'usagers problématiques issus de l'immigration russe ou de l'ancienne URSS.

Au Portugal, par exemple, les services publics se sont concentrés principalement sur les usagers de drogues vulnérables et moins sur le groupe cible spécifique des MEM.

D'une manière générale, les pratiques que nous avons identifiées n'incluaient pas le groupe cible spécifique des migrants intra-européens (en particulier les Roms dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest), les personnes sans papiers et les personnes issues de l'immigration de deuxième ou troisième génération.

Un répondant tchèque a déclaré que son service était ouvert à tous, indépendamment des documents de résidence.

PAROLES DE TERRAIN

Point 14 – Centre de Contact Ambulant, Plzeň

Point 14 offre des soins résidentiels comme ambulatoires. Le centre de contact est un service facile à utiliser auquel tout le monde a accès. Il n'y a pas d'inscription et aucune demande n'est requise. Les personnes sont traitées indépendamment de leur statut de résidence ou de leur nationalité. Les travailleurs sociaux commencent par travailler sur les domaines de vie sur lesquels les visiteurs ayant un usage problématique veulent travailler. www.point14.cz

Le fait que le Portugal et la France ne se concentrent pas spécifiquement sur les MEM pour la consommation de substances psychoactives s'explique par le fait que ces pays ne fournissent pas de services spécifiques sur base de l'appartenance ethnique, mais

sur base de la vulnérabilité face à la consommation problématique. Comme l'a noté Fountain dans un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EWDD ou EMCDDA) (1), une des raisons est que ces pays ne veulent pas stigmatiser les populations MEM en leur accordant une attention particulière.

Cependant, un répondant travaillant à Lisbonne a décrit dans l'enquête que les usagers problématiques sans documents de résidence légale ont souvent des difficultés à accéder aux soins.

PAROLES DE TERRAIN

ONG In-Mouraria, Lisbonne

Cette ONG se concentre sur la prestation de soins de santé aux personnes sans papiers. L'ONG offre des informations sur la santé, le dépistage du VIH, l'hépatite B et C et la syphilis. L'ONG propose également des sessions d'informations pour les consommateurs de drogues injectables ainsi qu'un soutien social. L'ONG souligne l'importance du *soutien par les pairs* et propose également l'utilisation gratuite du téléphone, de l'ordinateur avec Internet, des seringues, des aiguilles, des contenants, de l'eau distillée, des lingettes alcoolisées, de l'acide citrique, des pipes à crack, des feuilles d'argent, des préservatifs et du lubrifiant.

Les systèmes de santé européens sont en effet souvent caractérisés par une perspective généraliste ou universaliste : en théorie, la plupart des États membres de l'UE-28 offrent des soins à « tout le monde » (qui y a droit). Il est supposé que de cette manière, le MEM recevra également les soins appropriés. Ce n'est toutefois souvent pas le cas, comme par exemple pour les personnes ne possédant pas de numéro de registre national, n'étant pas affiliées à la sécurité sociale ou n'ayant pas de domicile.

4.1.2 Secteurs et types de soins en assuétudes

La majorité des participants à l'enquête européenne étaient des professionnels des **soins de santé (mentale) et du travail social**. La majorité des pratiques inspirantes (n = 34) s'inscrivaient dans le domaine de la **réduction des risques**. Les pratiques en matière d'intervention précoce (par exemple, dans les centres d'asile), de prévention et de traitement ont été beaucoup moins mentionnées.

PAROLES DE TERRAIN**Vidéos d'informations alcool, cannabis et médicaments pour les réfugiés, Allemagne**

L'allemand *Hessische Landesstelle für Suchthfragen e.V.* a développé des films de prévention qui informent les réfugiés sur les effets nocifs possibles de la consommation excessive d'alcool, de médicaments ou de cannabis, en allemand, anglais, arabe, dari et tigrinya, et ce, afin d'ouvrir le dialogue. www.hls-online.org

Un répondant germanophone a identifié un centre résidentiel (ADV Nokta) spécifiquement destiné aux hommes ayant une expérience de la migration.

PAROLES DE TERRAIN**ADV Nokta, Berlin**

Adv offre des services intra-muros de réadaptation, d'adaptation et de traitement de substitution ainsi qu'une aide interculturelle aux drogues. Il s'agit du programme résidentiel pour les hommes issus de l'immigration et qui ont des problèmes avec des substances légales ou illégales. Nokta met un accent particulier sur les questions de migration, et plusieurs langues y sont parlées. ADV Nokta fait également partie de la procédure pénale alternative reconnue pour les infractions liées à la drogue en Allemagne. www.adv-suchthilfe.de

Nous avons identifié de bonnes pratiques en Europe dans le domaine de la méthadone et des soins ambulatoires, et peu ou pas de pratique dans les soins résidentiels. Dans les rapports drogues européens, surtout les pratiques de réduction des risques ont été discutées en profondeur.

4.1.3 Besoins et objectifs

Les raisons pour lesquelles les pratiques identifiées dans l'enquête ont été lancées étaient principalement déterminées par les services eux-mêmes, par opposition aux incitations politiques ou à la recherche. C'est seulement au Portugal que la plupart des répondants ont indiqué que les pratiques avaient été mises en place dans le cadre d'une politique intégrée de décriminalisation (qui contient un pilier explicite pour la réduction des risques).

Les principaux objectifs des pratiques européennes étaient d'accroître l'**accès** et la **prise de contact** avec les MEM. Le maintien en traitement des patients comme objectif a été moins signalé. Un répondant du Royaume-Uni a toutefois identifié un service qui mettait l'accent sur les soins groupés et l'aiguillage des « voyageurs » ayant des usages problématiques à Cork.

PAROLES DE TERRAIN

TGV Traveller Support Project on Drugs and Alcohol, Cork

Ce service préfère délivrer des soins groupés (à domicile) plutôt que de simplement inciter les personnes à s'inscrire au service pour obtenir de l'aide. Les travailleurs sociaux guident aussi activement et physiquement les personnes vers l'aide aux usagers de drogues si elles le souhaitent. Le patient participe activement au processus de collaboration entre différents services et à la planification des soins. Ces services de soutien aux usagers problématiques sont axés sur la perspective de rétablissement et le traitement des traumatismes. Le service est flexible et s'adapte aux nouveaux besoins. www.tvgcork.ie

Concernant les pièges et les difficultés rencontrés dans la mise en œuvre de ces pratiques, les répondants ont principalement évoqué des **problèmes de langue et de communication**. Un répondant autrichien a toutefois identifié un service d'appel vidéo innovant qui se concentre spécifiquement sur les usagers problématiques qui ne parlent pas allemand. Il leur est ainsi plus facile d'accéder directement à des services d'aide aux usagers de drogues.

PAROLES DE TERRAIN

L'Association Dialog, Vienne

Videodolmetsch a été créé en 2015 par l'Association Dialog dans le but d'améliorer l'offre pour les usagers problématiques non germanophones. Il s'agit de la première organisation dans les services d'aide aux usagers de drogues de Vienne qui offre des services aux usagers problématiques qui ne parlent pas la langue.

www.dialog-on.at/angebote/videodolmetsch

4.1.4 Qualité conceptuelle et d'évaluation

En ce qui concerne la **qualité conceptuelle** des pratiques (l'objectif est-il clair et correspond-il aux actions entreprises ?), plus de 80% des répondants ont déclaré que la pratique n'était pas basée sur une pratique antérieure ou qu'ils ne savaient pas si la

pratique était basée sur une pratique antérieure. De même, 70% ont répondu négativement à la question sur les études nationales sur ce thème. Toutefois, les objectifs des pratiques (amélioration de l'accessibilité) semblaient être conformes aux mesures prises.

En ce qui concerne la **qualité de l'évaluation** des pratiques inspirantes, environ la moitié des répondants ont indiqué que la pratique n'avait pas (encore) été évaluée. L'autre moitié indique que la pratique a des résultats positifs, mais aucun répondant ne fait référence à des études d'évaluation ou à des rapports.

4.2 Apprendre de l'Europe ?

La majorité des 48 pratiques identifiées étaient des mesures d'outreach et de réduction des risques. La plupart des pratiques visaient à atteindre certains groupes cibles, à accroître l'accessibilité du service et, dans une bien moindre mesure, à maintenir le groupe cible en traitement. Il est bien entendu logique que si les groupes cibles ne sont pas atteints, les personnes sont plus susceptibles de se concentrer sur la prise de contact plutôt que sur l'accessibilité du service et le maintien en traitement. De l'analyse de ces 48 pratiques, nous avons également tiré trois conclusions importantes pour les politiques et les pratiques.

Premièrement, nous n'avons reçu que **peu d'informations sur ce groupe cible dans les services de toxicomanie résidentiels à haut seuil**. Très peu de pratiques étaient développées dans ce domaine. Nous notons également que des recherches récentes indiquent que de nombreuses interventions *evidence-based* sont moins efficaces chez les personnes issues de l'immigration (60).

Une plus grande attention portée à l'applicabilité des protocoles actuels est donc appropriée dans le traitement de l'abus de drogues en Europe (61). De plus, les services de soins devraient aussi avoir le courage de se demander comment étendre l'accent mis sur de telle thérapie orale afin d'augmenter l'accessibilité pour ce groupe cible.

Deuxièmement, la surreprésentation des pratiques visant à réduire les risques correspond aux chiffres (limités) dont nous disposons sur la présence des MEM dans le secteur de l'aide et du soin en matière de drogues. En effet, les personnes de nationalité étrangère sont souvent surreprésentées dans les soins à bas seuil et moins

présentes dans les établissements de soins à seuil plus élevé. Certains répondants ont indiqué que cela pourrait être dû à la plus grande flexibilité des services à bas seuil en matière de critère d'accessibilité.

Néanmoins, il sera de plus en plus **important pour les décideurs politiques et les praticiens d'examiner comment répondre aux besoins des personnes issues de l'immigration qui ont besoin de soins autres que ceux proposés dans les services à bas seuil.**

Troisièmement, nous notons que la forte présence de personnes issues de l'immigration dans les soins à bas seuil peut inspirer les soins (résidentiels) à haut seuil.

Une perspective future pourrait consister en un **partage durable de connaissances et d'expertise entre des services à seuil bas (par exemple, les MASS) et des services à seuil élevé (par exemple, les communautés thérapeutiques et hôpitaux psychiatriques). Le partage des connaissances dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réduction des risques sera donc indispensable dans les années à venir.**

En outre, en raison de la rareté des stratégies fondées sur des données probantes, mais aussi dans le contexte de l'assistance drogue dans les soins de santé mentale et de la socialisation des soins, les soins relatifs à la toxicomanie devront s'appuyer davantage sur des études scientifiques et des pratiques existantes dans le domaine des soins de santé mentale.

C'est ainsi que Priebe et ses collègues (62) identifient, dans leur étude des pratiques en matière de soins de santé mentale, les éléments suivants comme étant très importants pour une bonne accessibilité et une qualité des soins pour les MEM :

1. **Activités d'outreach** pour identifier et impliquer les groupes cibles ;
2. Accroissement de l'accessibilité à des **services polyvalents** associant soins de santé mentale et autres (afin de minimiser les réorientations) ;
3. **Coopération et coordination** entre les services ;
4. **Diffusion des informations** sur les services existants à la fois au groupe cible et aux professionnels.

Enfin, nous soulignons que des organisations telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi l'Union Européenne ont pris de nombreuses mesures au cours des dernières décennies pour améliorer la santé (mentale) des MEM et l'accessibilité des systèmes de santé. Au niveau européen, de nombreux projets ont été financés

ces dernières années dans le but de surveiller et d'améliorer la santé (mentale) des MEM (à savoir ADAPT, AMAC, CLANDESTINO, EQUI-HEALTH, HEALTHQUEST, EUGATE, HOME, MIGHEALTHNET, NOWHERECARE, PROMO, QUALICOPT, RESTOR, SRAP, ETHEALTH).

À quelques exceptions près (comme le projet ETHEALTH), les résultats de ces projets ne sont souvent pas accessibles au public et il est difficile de savoir dans quelle mesure les recommandations basées sur ces études ont été effectivement mises en œuvre. De plus, seul un très petit pourcentage de ces projets est spécifiquement axé sur la santé mentale et/ou le traitement de la toxicomanie.

PAROLES DE TERRAIN

SRAP – Prévention des addictions dans les communautés Roms et Sinti

L'étude pratique SRAP s'est concentrée sur la prévention et la réduction de la dépendance aux substances légales ou illégales chez les jeunes Roms. Les matériels développés s'adressent aux enfants et adolescents qui expérimentent des drogues pour la première fois (à partir de dix ans), mais aussi aux adolescents et aux jeunes adultes qui consomment de la drogue. www.comune.belogna.it

En conclusion, nous pouvons affirmer que les objectifs des projets et initiatives internationaux indiquent une prise de conscience croissante des multiples vulnérabilités en matière de santé, pour les demandeurs d'asile, les réfugiés et les migrants sans papier. Il est également important de continuer à prêter attention aux inégalités, persistantes, de santé auxquelles sont confrontées les populations « plus anciennes » des MEM et les « nouveaux » migrants intra-européens.

Les connaissances acquises en matière de soutien des populations MEM « plus anciennes » (à savoir les populations maghrébine et turque) et dans d'autres secteurs (à savoir les soins aux personnes âgées) pourraient être utilisées pour atteindre et soutenir avec succès les « nouvelles » populations MEM. Pour terminer, il est nécessaire de mieux comprendre les raisons qui précèdent l'usage problématique – en accordant une attention particulière à la dynamique – et de mettre l'accent sur la prévention et l'intervention précoce.

Une plus-value pour le lecteur c'est d'examiner comment les centres spécialisés aux Pays-Bas peuvent offrir une valeur ajoutée (par exemple, www.Pharos.nl, www.Jellinek.nl, www.Trimbos.nl, www.Centrum45.nl, etc.).

5. En savoir plus

5.1 Organismes de soutien

- *Agentschap integratie en inburgering*

Dans cette agence, vous pourrez trouver du soutien à l'intégration en tant qu'administration ou organisation locale, des informations sur le processus d'intégration et du soutien linguistique. Plus d'infos : www.integratie-inburgering.be. Les villes de Gand et Anvers ont chacune leur propre service d'intégration. Pour en savoir plus : www.in-gent.be et www.atlas-antwerpen.be.

- *Services communaux*

De nombreuses villes et communes ont un service local de diversité ou d'intégration. Vous pouvez les informer de vos initiatives/projets et vous renseigner sur les possibilités de financement ou d'aide.

- *Forum des minorités*

Le forum des minorités représente les associations dites ethnoculturelles en Flandre et à Bruxelles. Cette organisation met notamment l'accent sur la diversité du personnel dans le secteur du social-santé. Le Forum des minorités comporte également des projets visant à renforcer la participation sociale des migrants et minorités ethniques. Plus d'infos : www.minderhedenforum.be.

- *Averroes VZW*

Averroes, également appelé Muslim Advice Point, travaille notamment à la réduction des risques dans des services classiques pour les personnes avec un passé migratoire. Vous pouvez les contacter pour : obtenir des conseils et informations, un accompagnement à court terme, une orientation et une traduction, vers le

soin classique (conseil), des cours et des formations sur mesure sur les questions relatives à la diversité. Plus d'infos : www.averroesvzw.be.

– *De Touter*

De Touter propose des cours de formation et des conseils sur les politiques en matière de super diversité, adaptés à une organisation. De Touter se concentre principalement sur les organisations de protection de la jeunesse. Plus d'infos : www.detouter.be.

– *Pigmentzorg*

Pigmentzorg est une plate-forme numérique sur laquelle sont partagées les connaissances et les expériences de travail avec les MEM dans le secteur des soins. Outre une boîte à outils contenant des exemples pratiques, des instruments et des études, vous trouverez également sur ce site un aperçu d'orateurs intéressants, un forum de questions, un agenda (y compris des ateliers et des journées d'étude), un blog et une zone vidéo. Plus d'infos : www.pigmentzorg.be.

– *VIVO*

VIVO soutient les organisations social-santé qui souhaitent travailler sur la diversité par le biais d'un coaching, d'une formation (en ligne), d'outils et de conseils. VIVO peut vous donner un aperçu des acteurs de la diversité et vous diriger vers des partenaires potentiels. Plus d'infos : www.vivosocialprofit.org.

– *Caleidoscopia*

Caleidoscopia vise à développer et à mettre en œuvre des compétences pertinentes en diversité. Cette organisation fournit, entre autres : une formation théorique et pratique dans le cadre du non-marchand, diverses formes de développement de compétences, un accompagnement de processus et de fond en vue d'une inter-culturalisation de l'organisation. Plus d'infos : www.caleidoscopia.be.

– *Seer vzw*

Seer vzw est une organisation sociale axée sur l'amélioration de la situation sociale des Roms. Ils soutiennent des services qui travaillent avec ce groupe cible. Vous pouvez vous adresser à cette organisation pour : des ateliers, des formations, des conseils et du coaching. Plus d'infos : www.seervzw.be.

- *Cursus « Santé mentale en contexte social : multiculturalité et précarité »*
L'UCL organise une formation en petit groupe sur la santé mentale dans des contextes précaires et multiculturels. Plus d'infos : www.uclouvain.be.
- *HSHOEMA vzw*
Cette asbl tente de briser les tabous autour des difficultés psychologiques et d'autres questions sensibles de santé au-delà des frontières culturelles, raciales, idéologiques, de genre et d'âge. Elle poursuit cet objectif en sensibilisant et en organisant (gratuitement) des soirées informatives et des activités, mais n'a pas de but thérapeutique. Plus d'infos : www.vzwhshoema.wixsite.com/vzwhshoema.
- *Equipes spécialisées « exil » (Wallonie)*
Six Services de Santé Mentale proposent en Wallonie un accompagnement thérapeutique et psychosocial des personnes étrangères ou d'origine étrangère : *Clinique de l'Exil* à Namur, *Santé en Exil* à Montignies-sur-Sambre, *Tabane* à Liège, *Espace 28* à Verviers, *Centre des Immigrés Namur-Luxembourg* à Marche-en-Famenne et Bertrix, et *Sémaphore* à Mons. Avec le Crésam, ils se retrouvent au sein de la concertation Wallonne « Exil et Santé mentale ». Plus d'infos : www.cresam.be.
- *SeTIS wallon*
Le SeTIS wallon est un outil d'interprétariat en milieu social au service d'une politique publique en matière de cohésion sociale, d'égalité des chances, de lutte contre les discriminations et d'intégration des populations avec un passé migratoire résidant en Wallonie. Il met à disposition des professionnels une équipe d'interprètes professionnels disposant de compétences éprouvées pour faciliter la communication et la compréhension mutuelle entre les parties concernées. Plus d'infos : www.setisw.com.
- *Bruxelles Accueil*
Bruxelles Accueil est le service d'interprétariat et de traduction en milieu social qui offre de l'interprétariat (par déplacement et par téléphone) et la traduction écrite pour des services non marchands francophones à Bruxelles et, en Wallonie, de l'interprétariat par téléphone (surtout dans le cadre de l'accueil des demandeurs d'asile). Plus d'infos : www.servicedinterpretariatsocial.be.

– *Médiation interculturelle à distance*

Demande de médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence). Il faut avoir un identifiant et un mot de passe. Il propose un agenda de différents interprètes en fonction des disponibilités de chacun. Plus d'infos : www.health.belgium.be.

– *Réseau Hépatite C Bruxelles, Sidasol Liège et IST Charleroi*

Le Réseau Hépatite C Bruxelles s'adresse en priorité aux usagers de drogues et au public fragilisé en général (personnes sans-papiers, sans-abris, précarisés,...). Il est actif en matière de sensibilisation, de prévention et de réduction des risques pour toutes personnes atteintes, ou susceptible d'être atteintes par le virus de l'hépatite C. En Province de Liège, Sidasol s'adresse aux publics les plus vulnérables (SDF, consommateurs de drogue, travailleurs du sexe, homme ayant des rapports avec d'autres hommes, personnes en situation de séjour illégal,...) A Charleroi, IST Sida travaille et réfléchit à la santé des migrants. Plus d'infos : www.reseauhepatitec.be.

– *Plateforme PICUM*

La PICUM, plate-forme pour la coopération internationale pour les personnes sans-papiers, est un réseau d'organisations œuvrant pour la justice sociale et le respect des droits de l'homme des migrants sans-papiers. Réunissant un large éventail d'expériences et de compétences, PICUM génère et coordonne une réponse humaine et informée aux réalités des migrants sans papiers et constitue une plate-forme permettant aux décideurs et au grand public de participer pleinement à la réalisation de leurs droits. Plus d'infos : www.picum.org.

5.2 Littérature spécialisée

- *Draaiboek « Omgevingsanalyse lokale diversiteit »*, Agentschap Integratie & Inburgering (2018).

À l'aide de modèles, de conseils et d'exemples, les employés des villes et des communes peuvent effectuer une analyse d'ensemble dans le cadre de la diversité locale. Des questionnaires concrets et des méthodes peu chronophages de collecte de données et de promotion de la participation vous aident à identifier les besoins des MEM. La feuille de route peut être téléchargée via le site web de l'Agentschap Integratie & Inburgering.

- *Werkboek « Cultuursensitieve hulpverlening – cultuur is niet één-voudig »*, Celis, Le Roy, Van Gijsegem & Van Ransbeeck (2017).

Ce livre propose une série d'entretiens avec des prestataires de soins à Bruxelles et montre comment les travailleurs sociaux travaillent avec des patients issus de l'immigration dans leur pratique quotidienne. La plus grande partie de ce livre contient diverses histoires pratiques sur des situations complexes lors desquelles les prestataires de soins et les patients ont été confrontés à un malentendu mutuel au cours du processus de soins. Sur base de questions de réflexion, le lecteur est constamment mis au défi de se positionner.

- *Livre de travail « Kleurrijke Maatzorg, een plan van aanpak »*, vzw De Touter (2018).

De Touter travaille depuis vingt ans sur une politique de super-diversité à part entière. Le manuel regroupe leurs expériences, leurs récits et leurs idées tout au long de ce processus.

- *Livre « Mijn held is een hulpverlener »*, Matheusen (2016).

« Mon héros est un soignant » aide les professionnels de soins à agir dans leurs contacts interculturels. Dans ce livre, vous trouverez le modèle LOVE & PEACE, un certain nombre de « meilleures pratiques » et d'outils pratiques.

- *Livre « Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie »*, VIVO en collaboration avec l'Agentschap Integratie en Inburgering et Politeia (2019).

Ce livre contient des exemples de pratiques inspirantes qui peuvent aider à construire une organisation du social-santé travaillant et pensant à l'aspect culturel. Le livre fournit des outils concrets pour gérer la diversité.

- *Livre « Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study »*, De Kock, Decorte, Schamp, Vanderplasschen, Hauspie, Derluyn, ... & Jacobs (2017).

Ce livre présente tout d'abord les résultats d'une étude sur la consommation problématique de substances chez les MEM (entre autres des membres de communautés turque, congolaise et de l'Europe de l'Est ainsi que des demandeurs d'asile, des réfugiés et des sans-papiers) en Belgique. Les auteurs ont cartographié les modes de consommation de substances, les attentes et les besoins en traitement de ce groupe cible. Ce livre contient également des recommandations sur les politiques et les pratiques en matière de traitement de la toxicomanie.

- *Livre « Verschillen omarmen – Transcultureel systemisch werken »*, Jessurun & Warring (2018).
À l'aide de la théorie des systèmes et de la communication, les différences (culturelles) sont expliquées. Les facteurs sociaux et humains tels que la culture, la migration, le genre, la classe, la religion et la spiritualité sont abordés. De plus, le livre et le site web qui l'accompagne fournissent un grand nombre d'outils et d'exercices pouvant être réalisés individuellement, avec des collègues ou avec des patients.

- *Rapport « De Antwerpse drughulpverlening: een optie voor de druggebruiker uit een etnisch-culturele minderheid? »*, El Osri, Haüser, Stevens, Swinnen, Berdai (2012).
Cette recherche exploratoire et axée sur la pratique visait à identifier des seuils d'accessibilité au soin en matière de drogue pour les MEM. Cette étude pose également des recommandations pour les services d'urgence.

- *Rapport « Mensen zonder wettig verblijven mentaal welzijn – Een participatiefonderzoeksproject »*, Pigment vzw (2018).
L'accès aux soins de santé mentale reste limité pour les personnes sans droit de séjour. Ce rapport est le résultat d'un projet de recherche participatif (de 2014 à 2017). Il ne s'engage pas à donner des réponses qui se voudraient justes, mais fournit des outils pour encourager la réflexion sur la recherche communautaire et institutionnelle de pratiques innovantes et efficaces.

- *Article « Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers »*, Noens, Soyez, & Thienpont (2010).
Les membres des familles des migrants usagers de drogues semblent difficiles à atteindre pour des activités régulières de prévention et de secours. Cet article décrit des interventions concrètes qui visent à mieux atteindre, guider et soutenir les membres de la famille de ce groupe cible.

- *Avis « Ethisch advies 15: Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit »*, Zorgnet Vlaanderen (2011).
Cet avis fournit un cadre de réflexion sur le plan éthique à quatre niveaux différents du secteur des soins de santé : politique organisationnelle, politique du personnel, bénéficiaires des soins de santé et offres de soins de santé.

- *Livre blanc sur l'accès aux soins de santé en Belgique*, Inami et Médecins du Monde (2014).

En collaboration avec Médecins du Monde, les auteurs proposent cinq recommandations prioritaires pour rendre le système de santé belge plus accessible. Il est le résultat d'un exercice de réflexion approfondie impliquant des centaines d'acteurs des secteurs sociaux et de santé, en cinquante ans d'assurance maladie et d'Inami.

6. Conclusion et réflexion

« Des soins de santé équitables sont obtenus lorsque des personnes ayant les mêmes besoins reçoivent des soins similaires (*équité horizontale*) et lorsque les personnes ayant des besoins plus importants reçoivent des soins spécifiques répondant à ces besoins (*équité verticale*). » (Starfield, 2001) (31)

Le but de ce recueil était d'identifier des pratiques inspirantes répondant à l'un des trois objectifs suivants :

- L'amélioration de **l'accessibilité** des services de soin en toxicomanie pour les migrants et les minorités ethniques (MEM) ;
- L'augmentation de **la prise de contact** du secteur toxicomanie avec les MEM ;
- L'augmentation du **maintien en traitement** (aussi bien le respect de la thérapie que le succès du traitement) des MEM dans les soins en matière de drogues.

Dans l'introduction, nous avons déjà indiqué que trois niveaux sont importants pour atteindre ces objectifs :

- Le niveau **micro** : le patient (potentiel), le prestataire de soins et la relation de soins ;
- Le niveau **méso** : la minorité ethnique, l'organisation ou le service (de soin lié à l'usage de drogue) et la politique de l'organisation ;
- Le niveau **macro** : la vision (politique) et la politique en matière de soin en toxicomanie et dans les domaines adjacents, et la vision de ce que sont de «bons» soins.

Nous avons insisté sur la nécessité de **travailler à tous les niveaux et avec tous les acteurs** et de faire soutenir ce travail par les politiques. Dans la littérature internationale, nous avons constaté que l'on accorde beaucoup d'attention au soutien des compétences culturelles au niveau micro du travailleur social, mais que ce n'est pas le cas dans le contexte organisationnel, une réflexion critique sur le système de santé, et la prise en compte du contexte du patient ayant migré dans le cadre de la rechute et de l'usage problématique (19) (63).

Dauvrin et ses collègues (2012) ont également souligné, dans leurs recommandations pour de meilleurs soins de santé pour ce groupe cible, que des efforts supplémentaires sont nécessaires au niveau politique pour améliorer réellement l'accessibilité du MEM (8) (9) Le soutien du projet MATREMI par la Politique scientifique fédérale, celui de médiateurs interculturels dans les hôpitaux par le niveau fédéral, et diverses initiatives soutenues par les régions, constituent déjà un pas dans cette direction.

Au total, 31 pratiques inspirantes ont été identifiées : 23 en Flandre et 8 en Wallonie et à Bruxelles. Nous avons ajouté ces connaissances aux pratiques déjà connues des partenaires MATREMI. Enfin, ce guide traite également des similitudes et des différences entre 48 pratiques dans 27 pays européens.

Ce n'est évidemment pas un résumé exhaustif de toutes les pratiques qui existent actuellement, mais plutôt le résultat d'un instantané qui donne un aperçu de ce que nous faisons et de ce que nous pourrions mieux faire. Pour une analyse plus détaillée, reportez-vous au rapport MATREMI en ligne (www.belspo.be).

Preneurs d'initiatives : la proactivité d'organisations et de professionnels de soins

Les pratiques belges paraissent être initiées avant tout au niveau local et rarement au niveau national. C'est une conséquence logique de la sixième réforme de l'État qui a transféré, de l'État fédéral aux niveaux régionaux, les pouvoirs liés à la personne, y compris une grande partie de l'aide en matière de toxicomanie (64) (65). Des pratiques ont également été initiées principalement à l'initiative d'organisations propres et, dans une moindre mesure, grâce à l'impulsion d'une politique plus large en matière de drogue. Le partage des connaissances sur chaque pratique semble également être relativement faible d'après le sondage.

Ces résultats mettent principalement en exergue la proactivité de prestataires de soins et des organisations. Ils induisent qu'un soutien accru de la part de la politique régionale pour les organisations qui s'impliquent auprès des MEM, et que le partage des connaissances entre ces organisations, sont tous deux indispensables pour mieux atteindre ces groupes cibles. En outre, l'expertise déjà disponible en matière de soins diversifiés peut être utilisée pour définir une politique *bottom-up* en matière de drogue, avec un œil plus attentif sur les MEM.

La sixième réforme de l'État, conjuguée aux différences historiques entre les deux grandes parties du pays, impliquent des différences considérables entre les pratiques inspirantes décrites dans ce recueil. Si nous regardons un peu plus loin, au-delà des frontières nationales, nous notons cependant qu'il existe également de nombreuses similitudes entre les services actifs en toxicomanie prenant en compte les MEM, en Belgique et en Europe. Dans ce qui suit, nous discuterons des similitudes et des différences flagrantes, à la fois entre les régions du pays et entre la Belgique et les pays européens étudiés.

Un spectre allant de la prévention à la réduction des risques, mais trop peu d'intervention précoce et de soins en résidentiel

Les personnes interviewées ont situé les pratiques belges comme relevant autant du soin à l'égard de l'usage problématique de drogues, que de la prévention et de la réduction des risques. Nous analysons les pratiques européennes sous un angle différent, car elles se concentrent principalement sur la réduction des risques. Les interventions précoces et les soins en résidentiel bénéficient de moins d'attention en Flandre, en Wallonie et dans les pays européens étudiés.

L'intervention précoce (en ce compris le dépistage et les interventions précoces) revêt une grande importance pour détecter les problèmes et pouvoir les résoudre rapidement. Mettre l'accent sur l'intervention précoce peut, d'une part, améliorer la qualité de vie des usagers de drogues issus de l'immigration et, d'autre part, réduire les coûts pour le système de santé (67).

Un accent majeur sur le niveau micro du patient et de la relation de soins

Les pratiques qui ont été identifiées par l'enquête en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles se concentrent principalement sur le niveau micro du patient, du professionnel de soins et de la relation clinique, et beaucoup moins sur le niveau méso de l'organisation et sur le niveau macro de la politique. C'est corroboré par l'enquête européenne et les études européennes de littérature, qui démontrent également que l'accent est mis principalement sur le niveau micro et que les politiques et l'organisation sont moins abordées.

Dans le même temps, les personnes interviewées en Belgique ont identifié les pièges relatifs à la mise en œuvre des pratiques, principalement au niveau micro du patient. Ils soulignent principalement la plus grande vulnérabilité des patients MEM, les problèmes liés à la culture, à la communication et à la langue.

En ce qui concerne les pièges, nous constatons que les répondants étaient plus enclins à parler du patient que des caractéristiques de l'organisation ou du professionnel de soins. Ceci est conforme à une analyse des pièges de la littérature internationale (19) qui montre qu'une trop grande focalisation sur les différences culturelles peut entraîner des obstacles structurels pour les groupes cibles. Nous devons donc oser nous demander : le patient (potentiel) parle-t-il la langue du professionnel ou ce fait n'est-il pas négligé ? Et qui est alors responsable de quelles adaptations : le patient, le professionnel ou le politique ?

Des études récentes démontrent la faible volonté politique en Belgique en ce qui concerne les réponses données aux inégalités de santé des MEM et l'attention insuffisante accordée à la culture et à la diversité dans la prestation des soins (67) (68).

Il sera donc très important dans un avenir proche de prêter attention à la formation des professionnels de la santé – en particulier des médecins et des travailleurs de première ligne – à la diversité et aux problèmes de santé mentale et d'usage de substances. Il sera également nécessaire de mettre davantage l'accent sur ces thèmes, en termes politiques.

L'accessibilité comme objectif principal

Toutes les pratiques belges visent en particulier à accroître l'accessibilité des services et, dans une bien moindre mesure, au maintien des patients en traitement. L'enquête européenne a également clairement montré que l'accent était mis principalement sur l'accessibilité. Il va sans dire que si les groupes cibles ne sont pas atteints, les gens se concentreront davantage sur la prise de contact et l'accessibilité, tandis que le maintien en traitement sera (même maintenant) moins pris en compte.

Par ailleurs, les personnes de nationalité étrangère sont sous-représentées dans les services résidentiels à haut seuil (6). Les personnes de nationalité extra-européenne semblent également avoir une situation socio-économique particulièrement

vulnérable par rapport aux patients belges. Les femmes non-européennes sont, à leur tour, pratiquement absentes des soins résidentiels (7).

Bien que de nombreux patients MEM connaissent relativement bien les maisons d'accueil socio-sanitaires à bas seuil (MASS), il est important de réfléchir à la manière dont les MEM peuvent être durablement accompagnés (11) (45) lorsqu'un autre type de soins (c'est à dire soins en résidentiel ou de courte durée) est indiqué.

Le partage d'expertise entre les soins ambulatoires à bas seuil et les soins en résidentiel à haut seuil peut constituer une valeur ajoutée (par exemple, la sensibilisation, la mise en réseau d'organisations, les thérapies créatives et les formes d'accompagnement), mais aussi de manière plus générale, entre le traitement en toxicomanie et les soins en santé mentale (stress post-traumatique, EMDR, problèmes d'identité, etc.).

Beaucoup d'expertise mais peu d'évaluation et de partage des connaissances

Pour environ un tiers de toutes les pratiques belges identifiées par l'enquête, un guide est disponible, mais peu sont disponibles gratuitement en ligne. Ce qui rend difficile le partage des connaissances.

La majorité des répondants ont décrit des résultats positifs après la mise en oeuvre de la pratique, mais aucun ne disposait d'une évaluation en bonne et due forme. C'est la raison principale pour laquelle nous avons choisi le terme « pratiques inspirantes ». Nous ne pouvons parler de « bonnes pratiques » ou de « meilleures pratiques », que lorsqu'elles ont été évaluées a minima.

Il est forcément nécessaire de souligner qu'une majorité des personnes interrogées en Belgique rapportent des résultats positifs grâce aux pratiques mises en oeuvre. et qu'il vaut donc la peine d'examiner si ces pratiques peuvent être répétées ou nécessitent une subvention structurelle (c'est à dire interprètes sociaux, psychologie de première ligne, projet « réfugiés », etc.). Par ailleurs, nous constatons également dans l'enquête européenne que seulement la moitié des répondants ont indiqué que la pratique avait été évaluée et qu'aucune ne faisait référence à des études ou à des rapports d'évaluation.

De plus, dans le domaine de la migration et de la santé, il n'existe pas de définition claire de ce qui est une « bonne » ou une « meilleure » pratique. Les pratiques *evidence-based* sont idéalement évaluées au moyen d'études contrôlées randomisées (ECR) et sont souvent considérées comme le « standard de référence » pour la mise en œuvre de procédures de traitement et d'intervention. Cependant, des recherches récentes de l'ONU (48) et l'étude MATREMI (www.belspo.be) démontrent que ce type d'évaluation dans ce domaine est très rare dans le contexte européen.

Enfin, il convient de noter que le problème le plus souvent cité en matière de mise en œuvre est celui du manque de fonds et de subsides.

Il va sans dire qu'une évaluation approfondie n'est possible que s'il y a un financement adéquat de la pratique.

Le choix entre une politique généraliste ou visant un groupe cible : toute une histoire

En Flandre, l'accent est principalement mis sur les personnes de deuxième, troisième et quatrième générations issues de l'immigration, tandis qu'à Bruxelles et en Wallonie, l'accent est mis davantage sur les demandeurs d'asile, mais surtout sur le vaste groupe d'utilisateurs de drogues vulnérables. Tout comme dans l'enquête européenne, les migrants intra-européens ont fait l'objet d'une attention limitée.

Les personnes issues de l'immigration non européenne, mais aussi celles de nationalité d'Europe centrale et orientale, les femmes toxicomanes issues de l'immigration, les demandeurs d'asile et les réfugiés sont des groupes cibles vulnérables en ce qui concerne à la fois les causes de l'usage de substances et l'accès aux soins, que la réussite de l'aide en matière de drogues.

Dans le contexte de la migration intra-européenne croissante, mais aussi de la mobilité des utilisateurs de drogues des pays de l'ex-URSS, entre autres, les connaissances et l'expertise en matière d'aide et d'épidémiologie pourraient présenter un intérêt au-delà des frontières nationales.

Le contexte sociopolitique joue évidemment un rôle lorsqu'il s'agit d'une politique plutôt orientée vers un groupe cible ou, au contraire, universaliste. Par exemple, on

dit parfois que la Flandre est plus proche de la tradition néerlandaise et du Royaume-Uni, alors que la Wallonie est plus susceptible de suivre la tradition française. Ces traditions diffèrent tant par leur approche des personnes issues de l'immigration que par leur conceptualisation dans la littérature.

Le mot «ethnicité» est rarement trouvé dans la littérature de langue française. En outre, dans des pays tels que les États-Unis et le Royaume-Uni, de nombreuses données administratives sur l'origine ethnique et migratoire sont enregistrées pour les patients, ce qui est moins le cas dans la tradition francophone (30) (69).

Cette contradiction se reflète également dans le débat sur la nécessité de soins « sensibles à la culture » ou « sensibles à la diversité » (24) (70). Dans le même temps, la littérature internationale reconnaît de plus en plus les causes sociales et socio-économiques des inégalités de santé (3) (23) (71), et celles-ci se distinguent des effets de migration et de discrimination.

D'un point de vue axé sur le patient, nous constatons que les personnes ayant les mêmes antécédents de migration n'ont pas toutes les mêmes besoins, tandis que, du point de vue de la population, nous reconnaissons que les inégalités de soins de santé liées au groupe cible existent et doivent être traitées (72).

Une analyse complète de cette question nous mènerait beaucoup trop loin. Et, par ailleurs, il n'est pas souhaitable de poser un choix définitif en faveur des préférences individuelles et de la diversité, à l'encontre des droits universels et des inégalités socio-économiques.

Ces différentes traditions expliquent en partie pourquoi une plus grande attention est accordée aux antécédents de migration dans les soins de santé du côté flamand, alors que de l'autre côté de la frontière linguistique, c'est à partir d'une vision universaliste qu'est abordée la population en général, y compris les personnes d'origine immigrée et les minorités ethniques (69).

Pour conclure

En tout état de cause, nous ne pouvons nier que, au cours des dernières décennies, la culture et l'ethnicité ont été présentées comme un « problème » ou un « facteur de

risque » dans de nombreux domaines sociaux ainsi que dans les soins de santé, et que les personnes d'origine migrante se sentent plus souvent en mauvaise santé. En ce qui concerne spécifiquement le soin lié aux drogues, on sait que l'aide à ces groupes cibles n'est pas non plus optimale.

Que nous nous concentrons surtout sur les soins sensibles à la diversité ou sur la poursuite de l'égalité horizontale et verticale dans le traitement de la toxicomanie : il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur le groupe cible des migrants et des minorités ethniques dans une perspective d'aide équitable et dans le cadre plus large de « l'universalisme proportionnel » que la Belgique choisit explicitement.

Il est indispensable de réfléchir, au-delà des niveaux et des domaines politiques, avec des experts du secteur professionnel, à une vision soutenue et à un engagement durable pour cette partie croissante de la population, qui représente actuellement 20 % de la population belge. Une condition préalable pour vraiment travailler avec ces groupes cibles est d'assurer un financement durable.

Cet exercice ne peut se limiter à adapter le prestataire de soin à la « culture » du patient (potentiel) ou vice versa. Nous devons également être en mesure d'examiner de façon critique la culture de l'aide aux usagers de drogues et les cultures de ces services. Nous pouvons donc nous poser des questions sur la prédominance d'une vision essentiellement biomédicale de la toxicomanie et nous devons oser soulever la nécessité d'un plus grand soutien social et de la lutte contre la stigmatisation.

Enfin, il est également important d'avoir une culture politique qui offre une marge de manœuvre et donc un financement durable pour le travail de sensibilisation, les services de traduction et le partage des connaissances. Cette question ne peut plus être traitée uniquement sur base de projets à court terme.

Finalement, il n'est pas évident et indésirable de ne travailler qu'avec les groupes les plus vulnérables de notre société dans une optique de résultats. Dans l'aide, il doit y avoir du temps et de l'espace pour explorer les conséquences de la migration (comme le traumatisme), mais aussi la discrimination perçue par rapport à l'expérience identitaire et comment tout cela est lié à l'usage de substances. Du point de vue du patient, les personnes devraient pouvoir être soutenues dans de nombreux domaines de la vie par des services qui les connaissent et des professionnels qui ont du temps.

Ce recueil rassemble des pratiques inspirantes qui peuvent être reproduites de manière rapide et relativement simple ou qui peuvent simplement offrir de l'inspiration. Nous avons rassemblé des sources d'information et des outils, en prêtant attention aux moyens d'éviter les pièges et les obstacles de mise en œuvre. Les auteurs espèrent ainsi pouvoir ouvrir des collaborations et des débats autour de ces thèmes.

En conclusion, ce recueil est également un appel à l'échange d'expertises et d'expériences à travers les frontières nationales : les pratiques décrites peuvent se renforcer mutuellement et de nouvelles pratiques peuvent naître à partir des connaissances et de l'expertise acquises.

Bibliographie

- (1) EMCDDA. Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2013.
- (2) Burkhart G, Gyarmathy VA, Bo A. Selective prevention: Addressing vulnerability to problem drug use in Europe. *Drugs: education, prevention and policy*. 2011;18(6):447-53.
- (3) WHO. Global consultation on migrant health. *Migrant-Sensitive Health Systems*. Madrid, Spain: National School of Public Health; 2010.
- (4) EMCDDA. Programming Document 2019-21. Lisbon: EMCDDA; 2019.
- (5) Derluyn I, Vanderplasschen W, Alexandre S, Stoffels I, Scheirs V, Vindevogel S, et al. Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. *Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues*. Gent: Academia Press; 2008.
- (6) Blomme E, Colman C, De Kock C. De instroom van migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening: Een verkennende studie. *Panopticon*. 2017;38(2):102-17.
- (7) De Kock C, Blomme E, Antoine J. European and third-country non-national clients in Belgian substance use treatment: Exploring treatment demand data. *Comparative Migration Studies*. in review.
- (8) Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC public health*. 2012;12(1):726.
- (9) Derluyn I, Lorant V, Dauvrin M, Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Brussel: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2011.
- (10) De Kock C, Decorte T, Schamp J, Vanderplasschen W, Hauspie B, Derluyn I, et al. Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study. Antwerpen: Garant; 2017.
- (11) De Kock C, Decorte T, Derluyn I, Vanderplasschen W. Probleemgebruik en sociaal herstellkapitaal bij personen met een migratieachtergrond. In: Vanderplasschen W, Vander Laenen F, editors. *Naar een herstellondersteunende verslavingszorg*. Leuven/Den Haag: Acco; 2017.
- (12) Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003;98(5):673-84.
- (13) Laudens F. Drugpreventie bij jongeren uit etnisch-culturele minderheden. *Draaiboek voor het uitvoeren van een lokale verkenning en het opzetten van preventieve acties*. Brussel: Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen (VAD); 2013.

- (14) El Osri M, Häuser E, Stevens P, Swinnen C, Berdaï S. Antwerpse Drughulpverlening. Een optie voor de ECM-druggebruiker. Antwerpen: De8 Antwerps Integratiecentrum.; 2012.
- (15) Vancoillie J. Een alcohol- en drugbeleid in opvangcentra voor asielzoekers. Brussel: VAD & Fedasil; 2017.
- (16) Sacré C, Daumas C, Hogge M. Usagers de drogues par injection en region Wallonne. Brussels: Eurotox & Modus Vivendi; 2010.
- (17) Suijkerbuijk H. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Waterloo: Wolters Kluwer Belgium SA; 2014.
- (18) Noens L, Soyez V, Thienpont J. Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers. Verslaving. 2010;6(4):72-83.
- (19) De Kock C. Cultural competence and derivatives in substance use treatment for migrants and ethnic minorities: What's the problem represented to be? *Social Theory & Health*. 2019; Advance online publication.
- (20) Myria. Immigrant, vreemdeling, Belg van vreemde origine: over wie hebben we het nu eigenlijk? *Myriatrics*. 2015;#2(december 2015).
- (21) StatBel. Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium). 2018.
- (22) RIZIV. Witboek voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Brussels: RIZIV; 2014.
- (23) WHO. How Health systems can adress health inequities linked to migration and ethnicity. WHO – Regional office for Europe. 2010.
- (24) Jalhay S, Ceuterinck M, Degelin Pe. Bouwstenen voor een cultuursensitieve zorg- en welzijnsorganisatie. Brussel: Politeia; 2016.
- (25) Lemmens P, Dupont H, Roosen I. Migrants, asylum seekers and refugees: an overview of the literature relating to drug use and access to services. Background paper commissioned by the EMCDDA. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon: EMCDDA; 2017.
- (26) Saloner B, Lê Cook B. Blacks and Hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. *Health Affairs*. 2013;32(1):135-45.
- (27) Communication from the Commission to the European Parliament, The European Council, the Council, The European Central Bank and the Eurogroup. 2019 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Regulation (EU) No 1176/2011 Brussel: European Commission; 2019.
- (28) Noppe J, Vanweddingen M, Doyen G, Stuyck K, Feys Y, Buyschaert P. Vlaamse Migratie-en Integratiemonitor 2018. Brussel: Agentschap Binnenlands Bestuur; 2018.
- (29) Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(1):97-109.
- (30) De Kock C, Decorte T, Vanderplasschen W, Derluyn I, Sacco M. Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change. *Drugs: education, prevention and policy*. 2017;24(3):230-9.
- (31) Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. 2001;31(3):545-66.
- (32) Krieger N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*: Oxford University Press; 2011.
- (33) Alegria M, Pescosolido B, Williams S, Canino G. Culture, Race/Ethnicity and Disparities: Fleshing Out the Socio-Cultural Framework for Health Services Disparities. In:

- Pescosolido B, Martin J, McLeod J, Rogers A, editors. *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*. New York/London: Springer; 2011.
- (34) Van Roy K, Vyncke V, Piccardi C, De Maesschalck S, Willems S. Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête. 2018.
- (35) Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *American journal of public health*. 2012;102(5):936-44.
- (36) Krieger N. Discrimination and health inequities. *International journal of health services*. 2014;44(4):643-710.
- (37) Alegria M, Carson N, Goncalves M, Keefe K. Disparities in treatment for substance use disorders and co-occurring disorders for ethnic/racial minority youth. *Journal of the American academy of Child & adolescent Psychiatry*. 2011;50(1):22-31.
- (38) Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989;1(8):139.
- (39) Hancock A-M. When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on politics*. 2007;5(01):63-79.
- (40) Yentür A, Claeys A, Claes B, 2016. *Werkboek cultuursensitieve zorg*. Brussel: Politeia; 2016.
- (41) *Reflectietool Bouwen aan cultuursensitieve zorg voor zorg- en welzijnsorganisaties*. Brussel: VIVO vzw, het Agentschap Integratie en Inburgering en Atlas Integratie en Inburgering stad Antwerpen, met de steun van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid.; 2019.
- (42) De Kock C. Cultural risk factors and dangerous classes in a European context: The consequences of ethnic framing of and among Turkish drug users in Ghent, Belgium. In: Thom B, MacGregor S, editors. *Alcohol, drugs and risk in historical and cross-cultural perspective: Framing dangerous classes and dangerous spaces*. Oxfordshire: Routledge, 2019.
- (43) Demeyer B, Vandezande V. *Etnische diversiteit in zorg en welzijn: Een kwalitatieve beleidsanalyse voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Brussels: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2016.
- (44) Vanderplasschen W, Vander Laenen F. *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg*. Leuven: Acco; 2017.
- (45) Vandeurzen J. *Visienota: Naar een geïntegreerde en herstelgerichte zorg voor mensen met een verslavingsprobleem*. *Verslavingszorg*; 30.10.2015; Brussel 2015.
- (46) Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*. 2002;27(6):951-76.
- (47) Kohlenberger J, Buber-Ennsner I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*. 2019.
- (48) Kane JC, Greene M. *Addressing Alcohol and Substance Use Disorders among Refugees: A Desk Review of Intervention Approaches*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.; 2018.
- (49) Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. *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*. 2016.

- (50) Chang DF, Yoon P. Ethnic minority clients' perceptions of the significance of race in cross-racial therapy relationships. *Psychotherapy Research*. 2011;21(5):567-82.
- (51) King J. Reclaiming our roots: Accomplishments and challenges. *Journal of psychoactive drugs*. 2011;43(4):297-301.
- (52) Gainsbury SM. Cultural competence in the treatment of addictions: Theory, practice and evidence. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(4):987-1001.
- (53) Rohlof H, Groen S, van Dijk R, Knipscheer J. Cultural formulation of diagnosis: state of the art. *Nervenheilkunde*. 2017;36(08):591-8.
- (54) Verrept H. Notes on the employment of intercultural mediators and interpreters in health care. In: Ingleby D, Chiarenza A, Devillé W, Kotsioni I, editors. *COST Series on Health and Diversity Volume 2: Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*. Antwerp: Garant; 2012. p. 115-43.
- (55) Verrept, H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? Copenhagen WHO Regional Office Europe; 2019.
- (56) Guerrero EG, Fenwick K, Kong Y. Advancing theory development: exploring the leadership–climate relationship as a mechanism of the implementation of cultural competence. *Implementation Science*. 2017;12(1):133.
- (57) Kotter JP, Rathgeber H. *Onze ijsberg smelt! Succesvol veranderen in moeilijke omstandigheden*. Amsterdam: Business Contact; 2006.
- (58) Vandevelde D. *Managers van diversiteit*. Tijdschrift De Kiem vzw. 2008;16(1):3-5.
- (59) Beelen S, De Maeyer J, De Waele C, Grymonprez H, Matthijsen C. *Reach out! Antwerpen: Lannoo*; 2014.
- (60) Sempértegui GA, Knipscheer JW, Baliatsas C, Bekker MH. Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and -facilitators in Turkish and Moroccan groups with depression in European countries: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2018.
- (61) Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J, et al. *Improving cultural competence to reduce health disparities*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) Comparative Effectiveness Reviews; 2016.
- (62) Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*. 2011;11(1):187.
- (63) De Kock C, Decorte T. Exploring problem use, discrimination, ethnic identity and social networks. *Drugs and Alcohol Today*. 2017;17(4):269-79.
- (64) Vandeurzen J. *Zorg voor elkaar*. Antwerpen: Polis; 2018.
- (65) Vander Laenen F. *De communautarisering van de drughulpverlening : herstel centraal*. Panopticon. 2016;37(4):275-89.
- (66) Greene MC, Ventevogel P, Kane JC. Substance use services for refugees. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97(4):246.
- (67) Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC health services research*. 2017;17(1):588.
- (68) Dauvrin M, Lorant V. Cultural competence and social relations: a social network analysis. *International Nursing Review*. 2017.

- (69) Martiniello M. *Penser l'ethnicité. Identité, culture et relations sociales*. Liège: Presses Universitaires de Liège; 2013.
- (70) Hoffman E, Geldof D, Koning M. Superdiversiteit op de frontlijn. Diversiteitsbewuste communicatie is een noodzaak. *Alert: Tijdschrift voor Sociaal Werk en Politiek*. 2014;40(4):6-13.
- (71) Marmot M. *The Health Gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloombury Publishing; 2016.
- (72) Wemrell M, Mulinari S, Merlo J. An intersectional approach to multilevel analysis of individual heterogeneity (MAIH) and discriminatory accuracy. *Social Science & Medicine*. 2017;178:217-9.

