

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID



POLITIQUE SCIENTIFIQUE FEDERALE



ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN IN DE VERSLAVINGSZORG

LES MINORITES ETHNICO-CULTURELLES ET LE TRAITEMENT DES PROBLEMES DE DROGUES

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

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

De studie kadert binnen het "Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs", in opdracht van en gefinancierd door 'Federaal Wetenschapsbeleid'.

VOORWOORD

Het past om bij het afsluiten van het onderzoeksproject “*Zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg*” (ZEMIV), in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid, mijn medepromotoren Prof. Dr. Yves Cartuyvels (Séminaire Interdisciplinaire d’études Juridiques (SIEJ), Facultés Universitaires de Saint-Louis (FUSL)), Prof. Dr. Tom Decorte (Instituut voor Sociaal Drugsonderzoek (ISD), (Universiteit Gent (UGent)), Prof. Dr. Abraham Franssen (Centre d’Etudes Sociologiques (CES), FUSL), Prof. Dr. Dan Kaminski (Unité de Recherche en Criminologie, Université Catholique de Louvain) en Dr. W. Vanderplasschen (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent) hartelijk te danken voor de collegiale en constructieve wijze waarop we dit toch wel delicate onderwerp hebben uitgewerkt. Wij mogen zonder overdrijven zeggen dat wij op onze talrijke – soms geanimeerde – bijeenkomsten onze opvattingen aan elkaar hebben gespiegeld en dat gedurende discussies in een schok van ideeën vaak nieuwe inzichten zijn gegroeid.

Het uitbouwen van het onderzoek naar zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg was op de eerste plaats een exploratief proces, veeleer dan het bevestigen van een vooraf bevonden visie. Mijn collega’s zullen het mij graag vergeven dat ik hierbij Dr. Wouter Vanderplasschen speciaal in de bloemetjes zet. Hij was ongetwijfeld de motor van dit proces, die met een niet aflatende inzet de vooruitgang van het onderzoeksproject bewaakte. Ook speciale dank aan de onderzoekers die het dagelijkse werk standvastig en met veel eruditie en inzicht hebben uitgewerkt. Ik denk hier aan Sébastien Alexandre (CES, FUSL), Dr. Ilse Derluyn (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent), Veerle Scheirs (ISD, UGent), Ilona Stoffels (ISD, UGent) en Sofie Vindevogel (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent). Deze verscheiden en uitgebreide equipe van jonge wetenschappers is uitgegroeid tot een vlot samenwerkend team, dat – ondanks heel wat praktische moeilijkheden en beslommingen – de vooropgestelde onderzoeksgegevens heeft verzameld en geanalyseerd en deze publicatie heeft vorm gegeven. We mogen stellen dat de verscheidenheid in wetenschappelijke disciplines en taal een stimulerend effect heeft gehad op de diepgang van de bevindingen.

Ook de leden van het begeleidingscomité hebben met hun opmerkingen en bedenkingen in ruime mate bijgedragen tot het welslagen van dit project. We willen dan ook graag volgende personen bedanken:

- Mevr. Isabelle Demaret (Observatoire Liégeois de Prévention et de Concertation sur les Drogues, Luik)
- Mevr. Marie-Sophie Devresse (Unité de Criminologie, Université Catholique de Louvain-la-Neuve)
- Mevr. Marie-Paule Giot (Centre de Santé Mentale, Charleroi)
- Mevr. Zakia Khattabi (Federaal Wetenschapsbeleid, Brussel)
- Dhr. Roeland Keersmaekers (SODA Antwerpen)
- Mevr. Bahija Lamkaddem (Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Brussel)
- Mevr. Chantal Pirenne (Département Personne et Société, Université de Liège)
- Mevr. Liesbeth Vandam (Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Universiteit Gent)
- Dr. Stijn Vandavelde (Departement Sociaal-Agogisch Werk, Hogeschool Gent)
- Dhr. Alexander Van Liempt (FOD Justitie, Brussel)
- Dr. Hans Verrept (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Brussel)
- Dhr. Henry Winkel (Dagcentrum De Sleutel, Gent).

Ook de betrokken experts, Prof. Dr. Dirk Jacobs (Groupe d’études sur l’Ethnicité, le Racisme, les Migrations et l’Exclusion (GERME), Université Libre de Bruxelles) en Prof. Dr. Christian Haasen (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universiteit Hamburg) hebben hun uitgebreide kennis van het onderzoeksonderwerp welwillend ter beschikking gesteld en het wetenschappelijk gehalte van het onderzoek verhoogd.

Ten slotte willen we Mevrouw Lieve Van Daele vermelden, die als programma-administrateur van het “Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de federale beleidsnota drugs” steeds ter beschikking stond om de onderzoeksploeg te ondersteunen. Zij heeft ons verder wegwijs gemaakt in de complexe administratieve regelgeving met betrekking tot dit onderzoeksproject en ons bij vele organisatorische problemen geholpen.

We hopen met de ganse onderzoeksploeg dat een betere kennis van en inzicht in de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg effectief bijdragen tot een betere toegankelijkheid en grotere interculturalisering van de zorg en tot meer zorg op maat van druggebruikers die tot een etnisch-culturele minderheid behoren.

Gent, 7 januari 2008

Eric Broekaert, coördinator

Vakgroep Orthopedagogiek - Universiteit Gent

INHOUDSTAFEL

TABLE DE MATIÈRES

VOORWOORD	3
INHOUDSTAFEL - TABLE DE MATIÈRES	5
DEEL 1: THEORETISCH KADER	11
PARTIE 1: CADRE THEORIQUE	11
HOOFDSTUK 1: INLEIDING	13
CHAPITRE 1: INTRODUCTION	13
1.1 INLEIDING	13
1.1.1 <i>Situering</i>	13
1.1.2 <i>Probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstellingen</i>	13
1.1.3 <i>Onderzoeksopzet</i>	14
1.1.4 <i>Structuur van het onderzoeksrapport</i>	15
1.2 INTRODUCTION	16
1.2.1 <i>Contexte</i>	16
1.2.2 <i>Problématique, objets de l'étude et objectifs</i>	16
1.2.3 <i>Structuration de l'étude</i>	17
1.2.4 <i>Structure du rapport de recherche</i>	18
HOOFDSTUK 2:	21
SITUATIESCHETS EN PROBLEEMSTELLING	21
2.1 INLEIDING EN METHODOLOGIE	21
2.2 ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN: TERMINOLOGIE EN HETEROGENITEIT	21
2.3 DE ROL VAN CULTUUR: VERSCHILLENDE PARADIGMA'S EN PERSPECTIEVEN	22
2.3.1 <i>Universalistische of transculturalistische positie?</i>	22
2.3.2 <i>Migratie en gezondheid: tussen een culturalistisch en een anti-differentialistisch perspectief</i>	23
2.4 PREVALENTIE EN AARD VAN DRUGGEBRUIK BIJ ETNISCH- CULTURELE MINDERHEDEN	25
2.4.1 <i>Prevalentie en aard van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden</i>	25
2.4.2 <i>Verklarende factoren voor druggebruik bij etnisch-culturele minderheden</i>	27
2.4.2.1 De Nederlands- en Engelstalige gebieden	27
2.4.2.2 De Frans- en Spaanstalige gebieden	30
2.4.2.3 Globale bevindingen	32
2.5 ZORGTRAJECTEN VAN ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN BINNEN DE VERSLAVINGSZORG	32
2.5.1 <i>De Nederlands- en Engelstalige gebieden</i>	32
2.5.2 <i>De Frans- en Spaanstalige gebieden</i>	34
2.5.2.1 De toegang tot de hulpverlening	34
2.5.2.2 Het concept zorgtraject	35
2.6 MOGELIJKE VERKLARENDE FACTOREN VOOR DE VERSCHILLEN IN ZORGTRAJECTEN	37
2.6.1 <i>Het botsen op praktische barrières</i>	37
2.6.1.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur	37
2.6.1.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur	38
2.6.2 <i>Barrières van culturele aard</i>	39
2.6.2.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur	39
2.6.2.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur	41
2.6.3 <i>Hulpverleningsgerelateerde knelpunten</i>	44
2.6.3.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur	44
2.6.3.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur	45
2.7 NAAR EEN MEER EVENREDIGE VERTEGENWOORDIGING VAN MINDERHEIDSGROEPEN IN DE HULPVERLENING	45
2.7.1 <i>Inleiding</i>	45
2.7.2 <i>De Nederlands- en Engelstalige literatuur</i>	46

2.7.2.1	Aanpassing van het hulpverleningsaanbod	46
2.7.2.2	Ondersteunen van initiatieven binnen etnisch-culturele gemeenschappen	48
2.7.3	<i>De Frans- en Spaanstalige literatuur</i>	48
2.8	SITUERING EN MOTIVERING VAN HET ONDERZOEK	50
2.9	EEN AANTAL VOORLOPIGE CONCLUSIES – QUELQUES CONCLUSIONS PROVISOIRES	53
2.9.1	<i>Conclusies</i>	53
2.9.2	<i>Conclusions</i>	54
CHAPITRE 3:		63
ETUDE DE CAS: CONSOMMATION DE DROGUES ET TRAJECTOIRES DE SOIN DE PERSONNES ISSUES DES MINORITES D'ORIGINE TURQUE ET MAROCAINE		63
3.1	INTRODUCTION	63
3.2	QUELQUES DONNEES STATISTIQUES CONCERNANT LES NATIONALITES ETRANGERES EN BELGIQUE	63
3.3	HISTOIRE DE L'IMMIGRATION TURQUE ET MAROCAINE EN BELGIQUE	64
3.3.1	<i>Contexte historique</i>	64
3.3.2	<i>Quantification des migrations turques et marocaines</i>	65
3.3.3	<i>Discriminations et différences entre groupes turques et marocaines</i>	66
3.3.4	<i>Les questions d'immigration et de multiculturalité en Belgique</i>	67
3.4	PREDOMINANCE ET NATURE DE L'USAGE DE DROGUES	68
3.5	TRAJECTOIRES AU SEIN DE L'OFFRE DE SOINS LIES A L'USAGE DE DROGUES	70
3.6	FACTEURS EXPLICATIFS POTENTIELS DES DIFFERENCES AU NIVEAU DES TRAJECTOIRES DE SOINS	71
3.6.1	<i>Barrières liées à la 'pratique'</i>	71
3.6.2	<i>Facteurs 'culturels'</i>	71
3.6.2.1	Tabou et croyance	71
3.6.2.2	Les substances psychoactives en tant que problème médical	72
3.6.2.3	Méfiance	72
3.6.3	<i>Facteurs explicatifs liés aux professionnels de soins</i>	72
3.7	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	73
3.7.1	<i>Conclusies</i>	73
3.7.2	<i>Conclusions</i>	73
DEEL 2: KWANTITATIEF ONDERZOEKSLUIK		77
PARTIE 2: RECHERCHE QUANTITATIVE		77
HOOFDSTUK 4:		79
VERGELIJKING VAN KARAKTERISTIEKEN VAN EN ZORGGEBRUIK DOOR CLIËNTEN VAN BELGISCHE EN NIET-BELGISCHE AFKOMST		79
4.1	METHODOLOGIE	79
4.2	RESULTATEN	80
4.2.1	<i>Inleiding</i>	80
4.2.2	<i>Opstartfase</i>	80
4.2.2.1	Demografische karakteristieken	80
4.2.2.2	Leef- en werksituatie	81
4.2.2.3	Middelengebruik	82
4.2.2.4	Type behandeling en behandelingsgeschiedenis	83
4.2.3	<i>Instroomfase</i>	84
4.2.3.1	Demografische karakteristieken	84
4.2.3.2	Leef- en werksituatie	84
4.2.3.3	Middelengebruik	85
4.2.3.4	Type behandeling en behandelingsgeschiedenis	86
4.2.3.5	Afloop van de behandeling	87
4.3	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	88
4.3.1	<i>Conclusies</i>	88
4.3.2	<i>Conclusions</i>	89
HOOFDSTUK 5:		91
ERNST VAN VERSLAVING BIJ CLIËNTEN VAN BELGISCHE EN NIET-BELGISCHE HERKOMST		91
5.1	METHODOLOGIE	91

5.1.1	<i>Onderzoekspopulatie en dataverzameling</i>	91
5.1.2	<i>Data-analyse</i>	91
5.2	RESULTATEN	92
5.2.1	<i>Demografische variabelen</i>	92
5.2.2	<i>Maatschappelijke, familiale en justitiële situatie</i>	94
5.2.3	<i>Middelengebruik</i>	96
5.2.4	<i>Lichamelijke en psychische gezondheid</i>	99
5.2.5	<i>Gevolgde zorgmodule en behandelingsgeschiedenis</i>	99
5.2.6	<i>Ernst van de problemen op verschillende leefgebieden</i>	100
5.3	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	103
5.3.1	<i>Conclusies</i>	103
5.3.2	<i>Conclusions</i>	104
HOOFDSTUK 6:		105
ZORGTRAJECTEN VAN ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN		105
6.1	METHODOLOGIE	105
6.1.1	<i>Beschrijving van de steekproef</i>	105
6.1.2	<i>Werkwijze</i>	105
6.1.3	<i>Data-analyse</i>	107
6.2	RESULTATEN	107
6.2.1	<i>Beschrijving van de steekproef</i>	107
6.2.2	<i>Vergelijking van de zorgconsumptie bij druggebruikers van Belgische en niet-Belgische afkomst</i>	109
6.2.3	<i>Vergelijking van zorgconsumptie bij druggebruikers op basis van het gebied van herkomst</i>	111
6.3	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	119
6.3.1	<i>Conclusies</i>	119
6.3.2	<i>Conclusions</i>	120
DEEL 3: KWALITATIEF ONDERZOEKSLUIK		123
PARTIE 3: RECHERCHE QUALITATIVE		123
CHAPITRE 7:		125
INTERVIEWS		125
7.1	METHODOLOGIE	125
7.1.1	<i>Entretiens ouverts</i>	125
7.1.2	<i>Grille d'entretien</i>	126
7.1.3	<i>Retranscription et encodage</i>	126
7.1.4	<i>Analyse des entretiens</i>	126
7.2	ALGEMENE KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF	127
7.2.1	<i>Etnisch-culturele minderheid, nationaliteit en geboorteland</i>	127
7.2.2	<i>Demografische en sociale kenmerken</i>	128
7.2.3	<i>Geloof</i>	129
7.2.4	<i>Druggebruik</i>	130
7.2.5	<i>Zorggebruik</i>	130
7.3	GEBRUIKSTRAJECTEN	130
7.4	PREMILAIRES	132
7.4.1	<i>Du psychothérapeutique et du médical</i>	132
7.4.2	<i>Des soins institutionnalisés et des soins alternatifs</i>	132
7.4.3	<i>Des adjuvants et des freins</i>	132
7.5	STIMULERENDE ELEMENTEN DOORHEEN DE ZORGTRAJECTEN	133
7.5.1	<i>Stimulerende elementen in toegang tot en verder verloop in het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod</i>	133
7.5.1.1	Percepties rond producten en gebruikswijzen	133
7.5.1.2	Het zorgaanbod	133
7.5.1.3	Politie en justitie als 'gates' naar de reguliere drughulpverlening	136
7.5.1.4	Op het persoonlijke niveau	137
7.5.1.5	Medicamenteuze behandeling: roesmiddel of medicijn?	139
7.5.1.6	Religie als houvast binnen de residentiële setting	140

7.5.2	<i>Analyse van de elementen die een vlucht naar alternatieve copingmechanismen stimuleren</i>	140
7.5.2.1	Het geïnstitutionaliseerde aanbod: onbekend is onbemind	140
7.5.2.2	Autonome ontwenning	140
7.5.2.3	Het land van herkomst: een tijdelijke ontsnapping...	141
7.5.2.4	Religie als opstap naar een drugvrij leven	142
7.6	ANALYSE DES FREINS DANS LES TRAJECTOIRES DES SOINS	142
7.6.1	<i>Analyse des freins à l'offre des soins institutionnalisés</i>	142
7.6.1.1	Représentations et imaginaire liés à la drogue	142
7.6.1.2	La réalité institutionnelle perçue comme trop éloignée de celle des clients (potentiels)	144
7.6.1.3	Police et justice	146
7.6.1.4	Les résistances d'ordre personnel	146
7.6.1.5	La méthadone et la médication : un recours ambigu?	147
7.6.1.6	Freins spécifiques aux soins résidentiels	148
7.6.1.7	La démarche vers le psychologue : une étrangeté...	149
7.6.2	<i>Analyse des freins à l'offre des soins alternatifs</i>	150
7.6.2.1	Arrêter tout seul ? La drogue est la plus forte...	150
7.6.2.2	Le retour dans le pays d'origine : au miroir aux alouettes	150
7.6.2.3	Le mariage comme solution ?	151
7.6.2.4	La religion : une drogue alternative?	152
7.7	INTEGRATIE VAN STIMULERENDE EN BELEMMERENDE ELEMENTEN	152
7.8	TYOLOGIE DES RECOURS ET DES TRAJECTOIRES DES SOINS	158
7.8.1	<i>Typologie des recours aux soins</i>	158
7.8.1.1	Non recours aux soins	158
7.8.1.2	Recours exclusif à des soins institutionnalisés	158
7.8.1.3	Recours à des soins uniquement alternatifs	158
7.8.1.4	Recours simultané à des soins alternatifs et institutionnalisés	158
7.8.2	<i>Typologie des trajectoires des soins</i>	159
7.8.2.1	Des périodes de non recours aux soins irrémédiablement inscrites dans les trajectoires	159
7.8.2.2	Des trajectoires inscrites uniquement dans les soins alternatifs	159
7.8.2.3	Des trajectoires inscrites uniquement dans les soins institutionnalisés	160
7.8.2.4	Des trajectoires de passages entre un recours aux soins alternatifs, et un recours aux soins institutionnalisés	160
7.8.2.5	Des trajectoires tendant vers une mixité des soins institutionnalisés et des soins alternatifs	160
7.9	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	161
7.9.1	<i>Conclusies</i>	161
7.9.2	<i>Conclusions</i>	161
	HOOFDSTUK 8:	163
	FOCUSGROEPEN	163
8.1	METHODOLOGIE	163
8.2	RESULTATEN	163
8.2.1	<i>Zorgtrajecten</i>	164
8.2.1.1	Individuele benadering	164
8.2.1.2	Groepsbenadering	165
8.2.1.3	Alternatieve copingmechanismen	166
8.2.2	<i>Moslima en druggebruik</i>	166
8.2.3	<i>Van belemmerende en stimulerende elementen naar aanbevelingen</i>	166
8.2.3.1	Informatie, toegang en het slaan van bruggen	166
8.2.3.2	Referentie- en denkkaders	167
8.2.3.3	Groepsdynamiek en cliënten onderling	168
8.2.3.4	Taal en communicatie	168
8.2.3.5	Cultuur en religie	169
8.2.3.6	Wat met het bestaande zorgaanbod?	169
8.3	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	170
8.3.1	<i>Conclusies</i>	170
8.3.2	<i>Conclusions</i>	170
	CHAPITRE 9:	173
	PRATIQUES INTERESSANTES EXISTANT A L'ETRANGER	173
9.1	INTRODUCTION	173
9.2	ISTMO: UN PROJET MADRILENE DE CASE MANAGEMENT SPECIFIQUE AUX PRIMO-ARRIVANTS ?	173
9.3	PROJET MIGRATION DU CONTACT NETZ : UN PROJET BERNOIS SE RECLAMANT DU TRANSCULTURALISME	174

9.4	COMMUNITY ENGAGEMENT PROGRAMME: UN PROJET DE SANTE COMMUNAUTAIRE LARGEMENT PARTICIPATIF	175
9.5	CONCLUSIES – CONCLUSIONS	177
9.5.1	<i>Conclusies</i>	177
9.5.2	<i>Conclusions</i>	178
DEEL 4: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN		181
PARTIE 4: CONCLUSIONS ET RECOMMENDATIONS		181
HOOFDSTUK 10: CONCLUSIES		183
CHAPITRE 10: CONCLUSIONS		183
10.1	TERUGKOPPELING NAAR PROBLEEMSTELLING EN ONDER- ZOEKSVRAGEN	183
10.1.1	<i>Inleiding</i>	183
10.1.2	<i>Probleemstelling</i>	183
10.1.2.1	Trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden	183
10.1.2.2	Beïnvloedende factoren	185
10.1.3	<i>Onderzoekshypothesen</i>	188
10.1.3.1	Dubbele uitsluiting	188
10.1.3.2	Concurrentie tussen zelforganisaties en moskeeën en reguliere zorgstructuren	188
10.1.3.3	‘Cultural blindness’	188
10.2	METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK	189
10.3	A INSÉRER	190
HOOFDSTUK 11: AANBEVELINGEN		191
CHAPITRE 11: RECOMMENDATIONS		191
11.1	AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK	191
11.1.1	<i>Algemene uitgangspunten</i>	191
11.1.1.1	Inclusief beleid	191
11.1.1.2	Transculturalistisch perspectief	192
11.1.1.3	Zorg op maat	192
11.1.2	<i>Specifieke aanbevelingen</i>	192
11.1.2.1	Praktische barrières wegwerken	193
11.1.2.2	Culturele barrières opheffen	194
11.1.2.3	Naar een cultureel congruente organisatie van de hulpverlening	194
11.2	AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	195
GLOSSARIUM		199
BIJLAGEN – ANNEXES		201

DEEL 1: THEORETISCH KADER
PARTIE 1: CADRE THEORIQUE

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

CHAPITRE 1: INTRODUCTION

1.1 INLEIDING

1.1.1 SITUERING

Uit buitenlands onderzoek is gebleken dat personen met drugproblemen behorend tot etnisch-culturele minderheden er vaak moeilijk of zelfs helemaal niet in slagen om gebruik te maken van bestaande (gespecialiseerde) zorgvoorzieningen (Ashruf & van der Eijnden, 1996; Curtis et al., 2006; Longshore et al., 1997; Verdurmen et al., 2004). In de meeste centra en voorzieningen binnen de drughulpverlening is er sprake van een relatieve ondervetegenwoordiging van cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden in vergelijking met de algemene populatie. Dit zou in het bijzonder het geval zijn in meer hoogdrempelige voorzieningen (Braam et al., 1998; De Leon et al., 1993; Haasen et al., 2001; Vandeveldel et al., 2000).

Nochtans heeft epidemiologisch onderzoek aangetoond dat etnisch-culturele minderheidsgroepen juist kwetsbaarder zijn voor ernstig middelengebruik in vergelijking met de algemene populatie omwille van, onder meer, de hogere werkloosheidsgraad, beperktere taal- en communicatievaardigheden, geringere onderwijskansen, intergenerationele conflicten, acculturatiemoeilijkheden en grotere druk van leeftijdsgenoten (Reid et al., 2001). Bovendien bestaan ook aan de kant van de hulpverlening vaak heel wat barrières die de toegang tot de drughulpverlening voor etnisch-culturele minderheden extra bemoeilijken, zoals taal- en communicatieproblemen (Fountain et al., 2002; Schneider, 2001) en een gebrek aan culturele gevoeligheid van de diensten en/of hulpverleners zelf (Castro & Alarcon, 2002; Ja & Aoki, 1993). Daarnaast zijn druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden vaak minder goed op de hoogte van het bestaande hulpverleningsaanbod (Reid et al., 2001; Salman et al., 1999), is er vaak een groot wantrouwen ten aanzien van het op westerse leest geschoeide hulpverleningsaanbod (Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001) en zorgt ook het stigma dat binnen (bepaalde) etnisch-culturele gemeenschappen op druggebruik kleeft ervoor dat men de problematiek verborgen tracht te houden voor de nabije omgeving (Vandeveldel et al., 2003).

Behalve de toegankelijkheid van de hulpverlening blijkt ook het vervolg van het zorgtraject vaak problematisch te verlopen. Zo hebben cliënten uit etnisch-culturele minderheden minder kans op het succesvol volbrengen van een gevolgde behandeling en haken ze vaker vroegtijdig af (Finn, 1994, 1996; Verdurmen et al., 2004; Vrieling et al., 2000), vooral omdat het gespecialiseerde hulpverleningsaanbod onvoldoende aansluit bij hun specifieke noden en behoeften (Yildiz & Keersmaeckers, 2001). Deze vaststelling houdt een ongunstige prognose in voor de kans op een succesvolle outcome na afloop van de behandeling (Verdurmen et al., 2004).

In België is bijzonder weinig bekend over enerzijds de prevalentie en de aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden en anderzijds over de vertegenwoordiging van deze doelgroepen in de drughulpverlening en over de zorgtrajecten die zij volgen binnen de hulpverlening. Uit twee kleinschalige studies kunnen we indicaties vinden dat cliënten uit etnisch-culturele minderheden verschillende (talige, religieuze, culturele, sociale, ...) barrières ervaren ten aanzien van de hulpverlening en dat deze groepen vaker een beroep doen op de laagdrempelige medische zorg (bv. medisch-sociale opvangcentra) in vergelijking met de meer langdurige, residentiële drughulpverlening (Vanderplasschen et al., 2003; Vandeveldel et al., 2003). Bovendien blijken druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden oververtegenwoordigd te zijn in gevangenispopulaties (Vandeveldel et al., 2005).

1.1.2 PROBLEEMSTELLING, ONDERZOEKSVRAGEN EN DOELSTELLINGEN

De centrale **probleemstelling** die we tijdens dit onderzoek willen beantwoorden is of druggebruikers die behoren tot etnisch-culturele minderheden minder vaak of op een andere manier gebruik maken van het bestaande hulpverleningsaanbod en – hierbij aansluitend – in welke mate zij een beroep doen op een alternatief hulpverleningsaanbod buiten het ‘klassieke’ aanbod. We veronderstellen hierbij dat deze doelgroep relatief minder vaak een beroep doet op de gespecialiseerde (residentiële) hulpverlening en vooral terug te vinden is in meer medisch georiënteerde programma's, gevangnissen en specifieke initiatieven gericht op etnisch-culturele minderheden.

Om deze moeilijkheden met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg en het gevolgde zorgtraject te duiden, schuiven we volgende richtinggevend **hypothesen** naar voor die we willen toetsen op hun plausibiliteit.

Een *eerste werkhypothese* die we hanteren is deze van de ‘dubbele uitsluiting’ of ‘dubbele isolering’. Personen uit etnisch-culturele minderheden die sterk ingebed zijn in een eigen netwerk (al dan niet gestructureerd rond familiale banden) lopen bij problematisch middelengebruik in eerste instantie het gevaar uit dit beschermende netwerk te vallen of gestoten te worden omwille van het stigma dat rust op middelengebruik binnen een aantal etnisch-culturele gemeenschappen. Bovendien bestaat het risico dat ze de weg niet vinden naar externe zorgstructuren of opvangnetten, omdat deze hen onbekend zijn of ontoegankelijk of irrelevant lijken.

Een *tweede werkhypothese* is die van ‘concurrentie tussen activiteiten op het vlak van preventie en zorg aangaande middelengebruik door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en de reguliere zorgstructuren anderzijds’. Verschillende Maghrebijnse en Turkse verenigingen en zelforganisaties maken in hun statuten melding van activiteiten aangaande drugpreventie of -zorg (Jacobs, 2005). Ook verschillende moskeeën stellen dat zij actief zijn op het terrein van de ontrading van middelengebruik en soms ook wat zorgverstrekking betreft. Het is bijzonder moeilijk in te schatten wat de reële draagwijdte en impact hiervan is, maar mogelijk interfereren deze met initiatieven van reguliere zorgstructuren of misschien bereiken zij op een complementaire manier doelgroepen uit etnisch-culturele minderheden, die ondervertegenwoordigd zijn in ambulante en residentiële zorginstellingen.

Een *derde werkhypothese* is die van de ‘cultural blindness’ van bestaande behandelings- en preventieprogramma’s waardoor onvoldoende rekening wordt gehouden met culturele invloeden (Castro & Alarcon, 2002). Het lijkt immers van belang te zijn een aantal culturele aspecten te integreren in bestaande programma’s om op die manier een cultuurgevoelige behandeling uit te bouwen, die inspeelt op de specifieke behandelingsnoden van etnisch-culturele minderheden (Castro & Garfinkle, 2003).

Dit onderzoek stelt drie **doelstellingen** voorop. Een *eerste doelstelling* bestaat uit het vergelijken van de zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden en druggebruikers uit de algemene populatie en het opsporen van verschillen op het vlak van de toegang tot, participatie aan en retentie in diverse voorzieningen en diensten voor algemene gezondheidszorg en gespecialiseerde drughulpverlening.

Eens de verschillen met betrekking tot de zorgtrajecten zijn onderzocht, is het – en dit vormt dan ook de *tweede doelstelling* van dit onderzoeksproject – de bedoeling deze op meer diepgaande wijze te analyseren. Op die manier wensen we na te gaan welke factoren en werkingsmechanismen het zorgtraject van etnisch-culturele minderheden (kunnen) bemoeilijken of stimuleren en in welke mate dit het geval is.

De *derde doelstelling* bestaat uit het formuleren van concrete aanbevelingen om de moeilijkheden met betrekking tot de toegankelijkheid en het zorgtraject van etnisch-culturele minderheden weg te werken.

1.1.3 ONDERZOEKSOPZET

We lichten hier kort de opzet van het voorliggend onderzoeksproject toe. Een meer uitgebreide toelichting van de onderzoeksmethodologie vindt u terug bij het begin van elk hoofdstuk.

In eerste instantie werd een **literatuurstudie** uitgevoerd om zicht te krijgen op het reeds bestaande onderzoek en de theorievorming rond het centrale onderzoeksthema van dit project. Hierbij werd ervoor geopteerd om zowel Nederlands- en Engelstalige literatuur als Frans- en Spaanstalige literatuur door te nemen, omdat het vermoeden bestond dat de benadering van het onderzoeksthema toch enigszins op andere wijze gebeurt in deze twee taalgebieden. Dit weerspiegelt zich mogelijk ook in een andere benadering van dit gegeven in de beide landsdelen in België. Deze literatuurstudie werd aangevuld met een aantal **explorerende interviews** met sleutelfiguren uit het werkveld, zowel uit Nederlands- als Franstalig België.

Ten tweede werd een breed **kwantitatief onderzoeksluik** uitgebouwd, waarbij in drie delen reeds bestaande datasets werden geanalyseerd om zicht te krijgen op de hiervoor beschreven centrale probleemstelling. We hebben geopteerd voor de combinatie van drie verschillende datasets, gezien elke dataset op zich een aantal beperkingen vertoont, waardoor een combinatie van verschillende onderzoeksdata noodzakelijk was om op die manier een zo volledig mogelijk zicht te krijgen op de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorg.

In eerste instantie werd hiervoor gebruik gemaakt van de gegevens van een onderzoeksproject uitgevoerd door de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent en het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugproblemen van de Universiteit Antwerpen met betrekking tot de *cliëntenpopulatie* in de *alcohol- en drughulpverlening* in de provincie Antwerpen.

In een tweede hoofdstuk worden de gegevens geanalyseerd van 1 880 cliënten die een beroep deden op de vzw *De Sleutel*. Hierbij vormt de ernst van de problemen op verschillende levensdomeinen (gegevens verzameld aan de hand van de Europese versie van de Addiction Severity Index) de insteek.

Het derde hoofdstuk van het kwantitatieve onderzoeksdeel betrof ten slotte de analyse van data van de drie grootste *verzekeringsinstellingen* in België met betrekking tot het gevolgde zorgtraject van een steekproef van 2 000 at random geselecteerde personen die een behandeling volgden omwille van drugproblemen.

In deze drie onderzoeksdelen is het uitgangspunt telkens de vergelijking tussen cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden en het overige deel van de bevolking.

Ondanks de uitgebreidheid van het kwantitatief onderzoeksluik impliceert een dergelijk perspectief toch een aantal beperkingen. Daarom werd ervoor gekozen om het kwantitatieve onderzoeksluik aan te vullen en te verdiepen met een uitgebreid **kwalitatief onderzoeksluik**. Dit kwalitatief onderzoeksluik werd parallel uitgevoerd in de beide landsdelen, waarbij telkens twee grote steden als uitvalsbasis werden gekozen. In het Nederlandstalig landsgedeelte werd het kwalitatief onderzoeksluik uitgevoerd in Antwerpen en Gent, in het Franstalig landsgedeelte gebeurde dit in Brussel en Charleroi.

Gezien het kwalitatief luik van dit onderzoeksproject parallel in beide landsdelen werd uitgevoerd, diende er uiteraard voldoende afstemming te gebeuren met betrekking tot de gehanteerde methodologie. Er werd daarom ruim tijd gespendeerd aan een degelijke *instrumentontwikkeling*, in het bijzonder met betrekking tot de uitwerking van het interviewschema voor de kwalitatieve interviews, de leidraad voor de focusgroepen en de analyseschema's en -methoden voor zowel interviews als focusgroepen.

Het kwalitatieve onderzoeksluik bestond vooreerst uit de afname van *semi-gestructureerde interviews* met druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden. In totaal werden 45 personen geïnterviewd. Gezien de heterogeniteit van de te onderzoeken populatie werd ervoor gekozen om dit onderzoeksluik af te baken tot participanten van Turkse of Marokkaanse herkomst, gezien dit de twee grootste niet-Europese minderheidsgroepen zijn in België. Tijdens deze interviews werd gefocust op de diverse afgelegde 'trajecten' van de betrokken persoon, zowel betreffende druggebruik, het traject binnen de hulpverlening als het eigen levenstraject, met nadruk op aspecten gerelateerd aan het gevolgde migratieproces.

In een tweede luik werden de bevindingen uit het kwalitatief onderzoeksluik getoetst aan een forum van sleutelfiguren en experts uit het werkveld. Dit gebeurde door middel van het uitvoeren van *focusgroepen* in de vier voornoemde steden.

Als laatste luik van het kwalitatief onderzoeksdeel werd ervoor gekozen om in het buitenland een aantal 'interesting practices' te bezoeken, om op die manier zicht te krijgen op enkele initiatieven binnen de drughulpverlening waar op min of meer succesvolle manier gewerkt wordt met druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden. In totaal werden drie interesting practices in evenveel verschillende Europese landen bezocht.

Ten slotte willen we nog een aantal **formele aspecten** vermelden met betrekking tot het voorliggende onderzoeksproject. Gezien dit project de verwerking van gevoelige gegevens (zoals gezondheidsgegevens en gegevens met betrekking tot de etnische afkomst) betreft, werd dit project vooreerst voorgelegd aan het Ethisch Comité van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent (goedkeuring d.d. 10.10.2006). Daarnaast diende voor de secundaire analyse van de onderzoeksdata ingezameld door de verzekeringsinstellingen goedkeuring te worden verkregen van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid, dat deel uitmaakt van de Commissie ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (privacycommissie) (goedkeuring d.d. 08.05.07, machtiging nr. 07/020; voor de volledige beschikking: zie: http://www.privacycommission.be/nl/docs/SZ-SS/2007/beraadslaging_SZ_020_2007.pdf).

1.1.4 STRUCTUUR VAN HET ONDERZOEKSRAPPORT

Voorliggend onderzoeksrapport volgt de opbouw van het hierboven beschreven onderzoeksopzet.

In het eerste deel wordt een situatieschets gegeven van de problematiek, gebaseerd op de literatuurstudie en op de explorerende interviews met sleutelfiguren uit het werkveld. Het volgend hoofdstuk vormt een gevalstudie van de situatie van personen van Turkse of Marokkaanse herkomst, gezien de focus op deze doelgroep is het kwalitatief onderzoeksluik.

In het tweede deel wordt stilgestaan bij de resultaten van het kwantitatief onderzoeksluik, waarbij in drie hoofdstukken de onderscheiden databestanden (provincie Antwerpen, De Sleutel en mutualiteiten) geanalyseerd en besproken worden. Telkens wordt hierbij uitgebreid ingegaan op de gehanteerde onderzoeksmethodologie.

In het derde deel worden de resultaten van het kwalitatief onderzoeksgedeelte besproken, waarbij zowel de interviews met druggebruikers, de focusgroepen als de bezoeken aan 'interesting practices' aan bod komen.

In een vierde deel worden de belangrijkste conclusies van het onderzoeksproject weergegeven en wordt ook uitgebreid ingegaan op een reeks aanbevelingen die, eens geïmplementeerd, een antwoord zouden moeten bieden op de hierboven beschreven probleemstelling.

Ten slotte vindt u aan het eind van dit onderzoeksrapport een glossarium waarin een aantal van de in het onderzoeksrapport gehanteerde termen verduidelijkt wordt.

1.2 INTRODUCTION

1.2.1 CONTEXTE

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

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

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

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

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

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

1.2.2 PROBLEMATIQUE, OBJETS DE L'ETUDE ET OBJECTIFS

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

Pour expliquer ces difficultés concernant l'accès aux soins et la trajectoire de soins, nous nous basons sur les **hypothèses** directrices suivantes, hypothèses dont nous souhaitons tester la plausibilité.

Une *première hypothèse* de travail est celle de la "double exclusion" ou de la "double isolation". En cas d'usage problématique de substances psychoactives, les membres des minorités d'origine étrangère fortement intégrés à un réseau spécifique (structuré ou non autour des liens familiaux), courent d'abord le risque de sortir de ce réseau, ou d'y être réprimés selon les croyances liées à l'usage de drogues véhiculées au sein de certaines communautés. En outre, ces membres risquent de ne pas avoir accès aux structures de soins externes ou aux

réseaux d'accueil, parce qu'ils n'en connaissent pas l'existence, que ces structures leur sont inaccessibles, ou encore parce qu'elles leur paraissent peu pertinentes.

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

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

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

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

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

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

1.2.3 STRUCTURATION DE L'ETUDE

Commentons brièvement la structuration du projet de recherche. La méthodologie sera chaque fois explicitée de manière détaillée dans chaque chapitre.

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

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

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

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

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

Bien que le volet quantitatif de la recherche soit important, il connaît aussi des limites. C'est pourquoi nous avons choisi de compléter notre étude par un important **volet qualitatif**. Ce volet qualitatif de la recherche fut mené en parallèle des deux côtés de la frontière linguistique, avec chaque fois deux grandes villes comme point

de chute. Pour la partie néerlandophone, le volet qualitatif de l'enquête a été mené à Anvers et Gand ; pour ce qui est de la partie francophone, c'est Bruxelles et Charleroi qui ont été choisis.

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

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

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

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

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

Enfin, nous souhaitons préciser une série d'**aspects formels** en rapport avec le projet de recherche dont il est question. Puisque ce projet traite de données sensibles (dont le critère 'ethnicité'), il a été soumis et approuvé par le Comité Ethique de la Faculté de Psychologie et des Sciences Pédagogiques de l'Université de Gand (approbation 10/10/2006). De même, l'emploi des données rassemblées par les mutuelles a également fait l'objet de l'approbation du Comité Sectoriel pour la Sécurité Sociale et la Santé (Commission Vie Privée) (approbation 08/05/2007, mandat/procuration n° 07/020; pour la décision complète voir le lien suivant : http://www.bcsc.fgov.be/documentation/nl/organisation/SC_2007/05-mei/07-020-n075-zorgtrajecten.pdf).

1.2.4 STRUCTURE DU RAPPORT DE RECHERCHE

La structure du présent rapport est fidèle aux différentes étapes de la recherche, telles qu'elles viennent d'être décrites.

Le chapitre suivant de cette première partie théorique développe la problématique de la recherche, sur base d'une part d'une étude de la littérature de référence et d'autre part sur base des entretiens exploratoires menés avec des interlocuteurs privilégiés du terrain. Le troisième chapitre se focalise sur la situation des personnes d'origine turque ou marocaine, présentant les données à la fois analytiques et statistiques permettant de caractériser les spécificités de ce groupe ciblé de notre recherche.

La deuxième partie de ce rapport est consacrée à la présentation des résultats du volet quantitatif de la recherche, dans lequel les bases de données (province d'Anvers, De Sleutel et mutualités) seront analysées et discutées en trois chapitres distincts qui détailleront également les méthodologies de collecte et traitement statistique.

La troisième partie du rapport présente les résultats du volet qualitatif, sur base, tout d'abord des entretiens en profondeur menés avec des usagers de drogues, ensuite des groupes de discussion qui ont réuni, dans chacune des trois régions, des professionnels et des interlocuteurs concernés, et enfin, en rendant compte des enseignements des visites aux dispositifs intéressants ('interesting practices') dans plusieurs pays européens.

La quatrième partie présente les conclusions majeures sur lesquelles débouche l'ensemble de la recherche et détaille les recommandations qui constitueraient, dans leur mise en œuvre, un début de réponses à la problématique du parcours de soin des usagers de drogues, issus des minorités ethnico-culturelles.

Enfin, vous trouverez à la fin de ce rapport de recherche un glossaire précisant les principaux termes utilisés dans ce rapport.

Referenties – Références

- Ashruf, A. & van der Eijnden, P. (1996). *It's no shame to look for help*. Addiction assistance to immigrant addicts. In: *Proceedings of the ICAA-congress*. The Hague, The Netherlands, July 4, 1996.
- Braam, R.V., Verbraeck, H.T. & van de Wijngaart, G.F. (1998). *Allochtonen en verslaving. Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Broers, E. & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Castro, F.G. & Alarcon, E.H. (2002). Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities. *Journal of Drug Issues*, 32, 3, 783-810.
- Castro, F.G. & Garfinkle, J. (2003). Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 27, 1381-1388.
- Curtis, S., Copeland, A., Fagg, J., Congdon, P., Almog, M. & Fitzpatrick, J. (2006). The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. *Health and Place*, 12, 1, 19-37.
- De Leon, G., Melnick, G., Schoket, D. & Jainchill, N. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 1, 77-86.
- Eland, A. & Rigter, H. (2001). *Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie*. Utrecht: Bureau Nationale Drugmonitor.
- Finn, P. (1994). Addressing the needs of cultural minorities in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 4, 325-337.
- Finn, P. (1996). Cultural responsiveness of drug user treatment programs: Approaches to improvement. *Substance Use and Misuse*, 3, 4, 493-518.
- Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K. & Carpentier, C. (2002). *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities*. Lisbon: EMCDDA.
- Haasen, C., Yagdiran, O. & Toprak, M.A. (2001). Negative outcome factors for addicted migrants. *European Addiction Research*, 7, 202-204.
- Jacobs, D. (2005). Het allochtone verenigingsleven in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest. In: Swyngedouw, M., Delwit, P. & Rea, A. (eds.), *Culturele diversiteit en samenleven in Brussel en België*. Leuven: Acco, pp 159-170.
- Ja, D.Y. & Aoki, B. (1993). Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 61-71.
- Longshore, D., Grills, C., Anglin, M.D. & Annon, K. (1997). Desire for help among African-American drug users. *Journal of Drug Issues*, 27, 755-770.
- Reid, G., Aitken, C., Beyer, L. & Crofts, N. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs – Education, Prevention and Policy*, 8, 359-374.
- Salman, R., Soner, T. & Lessing, A. (1999). *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Schneider, J. (2001). *Drug treatment and ethnicity. A comparative study in the metropolitan areas of Frankfurt, Tel Aviv and San Francisco*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling. *Orthopedagogische reeks*, 15.
- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*. Brussel: VAD.
- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2003). Cultural responsiveness in substance abuse treatment: a qualitative study using professionals' and clients' perspectives. *International Journal of Social Welfare*, 12, 3, 221-228.
- Vandevelde, S., Broekaert, E., Schuyten, G. & Van Hove, G. (2005). Intellectual abilities and motivation towards substance abuse treatment in drug-involved criminal offenders: a pilot study in the Belgian criminal justice system. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 3, 277-297.
- Verdurmen, J.E.E., Smit, F., Toet, J., Van Driel, H.F. & Van Ameijden, E.J.C. (2004). Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years. *Addiction Research and Theory*, 12, 285-298.
- Vrieling, I., Van Alem, V.C.M. & Van de Mheen, H. (2000). *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*. Rotterdam: IVO.
- Yildiz, A. & Keersmaeckers, L. (2001). *Rapport: allochtone verenigingen en drugs in Antwerpen*. Antwerpen: SODA.

HOOFDSTUK 2:

SITUATIESCHETS EN PROBLEEMSTELLING

2.1 INLEIDING EN METHODOLOGIE

In wat volgt willen we een situatieschets bieden van het centrale thema van dit onderzoeksproject – de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg – op basis van een uitgebreide **literatuurstudie**. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van zoveel mogelijk verschillende bronnen in verschillende talen, met name zowel uit de Angelsaksische, Nederlandstalige, Franstalige als Spaanstalige literatuur. Er werd zowel gezocht naar internationale publicaties via de gestructureerde databanken (Web of Science, MedLine, Psychlit,...) als naar grijze literatuur via het World Wide Web of op basis van verwijzingen in andere bronnen. Als zoektermen werden onder meer volgende begrippen gebruikt, telkens in de verschillende hiervoor vermelde talen en in verschillende combinaties: “etnische minderheden”, “etnisch-culturele minderheden”, “migranten”, “vluchtelingen”, “druggebruik”, “drugmisbruik” en “(drug)hulpverlening”.

Uit de literatuurstudie bleek heel vlug dat de accenten waarmee bepaalde thema's benaderd worden soms duidelijk verschillen tussen enerzijds de Nederlands- en Engelstalige literatuur en anderzijds de Franstalig-Spaanstalige bronnen. Waar de Nederlands- en Engelstalige bronnen voornamelijk focussen op kwesties gerelateerd aan migratie, benadert de Franstalige en Spaanstalige literatuur deze delicate onderwerpen eerder voorzichtig, beïnvloed door de ervaren moeilijkheden in het uitvoeren van eerdere onderzoeken ter zake. Dit impliceert dat de hoeveelheid en aard van de beschikbare bronnen duidelijk verschilt tussen beide. Daarom werd beslist om de verschillende themata telkens afzonderlijk te bespreken vanuit deze twee verschillende invalshoeken, ook al impliceert dit dat er af en toe inhoudelijk wat overlap ontstaat tussen beide perspectieven.

Daarnaast werd deze literatuurstudie aangevuld met een aantal **explorerende interviews** met uiteenlopende sleutelfiguren uit het Belgische werkveld. Het ging hier om personen uit de ambulante en residentiële drughulpverlening, personen betrokken in zelforganisaties van etnisch-culturele minderheden en andere sleutelfiguren uit etnisch-culturele gemeenschappen, zoals imans.

In het Nederlandstalig landsgedeelte werden elf sleutelfiguren geïnterviewd, in het Franstalige landsgedeelte zeven. Voor deze interviews werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interviewschema¹. Indien relevant wordt de informatie uit deze explorerende interviews aangewend als aanvulling bij de bespreking van de resultaten uit de literatuurstudie.

In een eerste paragraaf van deze situatieschets bespreken we een aantal terminologische vraagstukken, waarbij we tevens stilstaan bij de heterogeniteit van de betrokken doelgroep. De tweede paragraaf gaat vervolgens in op de rol van cultuur, waarbij twee verschillende paradigma's die in dit soort onderzoek vaak gehanteerd worden aan bod komen. Een derde paragraaf bespreekt de prevalentie en aard van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden, waarbij ook gezocht wordt naar een aantal mogelijke verklarende factoren voor de vastgestelde verschillen. In de vierde paragraaf wordt uitgebreid stilgestaan bij het centrale thema van dit onderzoek, met name de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening. In het vijfde deel wordt ingegaan op diverse mogelijke verklarende factoren die inzicht kunnen bieden in de reden van de gevonden verschillen met betrekking tot de gevolgde zorgtrajecten bij etnisch-culturele minderheden. Een zesde paragraaf ten slotte staat reeds even stil bij een aantal mogelijke aanbevelingen die in de literatuur en door de sleutelfiguren wordt aangebracht om het bestaande hulpverleningsaanbod meer af te stemmen op de specifieke noden van etnisch-culturele minderheden. Dit hoofdstuk besluit met een aantal conclusies.

2.2 ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN: TERMINOLOGIE EN HETEROGENITEIT

Zowel in de (drug)hulpverlening als in andere maatschappelijke sectoren (bv. de media) worden de termen ‘allochtoon’, ‘migrant’, ‘vreemdeling’, ‘asielzoeker’, ... vaak door elkaar en niet zelden in een verkeerde context gebruikt. Zo worden bijvoorbeeld onder het begrip ‘allochtoon’ vaak heel uiteenlopende bevolkingsgroepen verenigd (Braam et al., 1998) en ontstaan misverstanden omdat de gehanteerde termen geen duidelijke inhoud hebben of voortdurend van inhoud veranderen (PICO, 1999). Het decreet van de Vlaamse Regering d.d. 28 april 1998 spreekt over ‘etnisch-culturele minderheden’ als:

¹ Alle gebruikte vragenlijsten en instrumenten kunnen opgevraagd worden bij de betrokken promotoren.

“Het geheel van de allochtonen, de vluchtelingen en de woonwagenbewoners en de niet tot voornoemde groepen behorende vreemdelingen die zich in België bevinden zonder wettig verblijfsstatuut en die wegens hun noodsituatie opvang en bijstand vragen”.

Aan de andere kant van de taalgrens wordt in geen enkele parlementaire tekst, noch die van de Franse Gemeenschap, het Waalse of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gebruik gemaakt van termen zoals ‘minorités d’origine étrangère’², ‘allochtones’, ‘migrants’,... Ook internationaal vinden we heel wat uiteenlopende termen terug, zoals ‘ethnic (cultural) minorities’, ‘ethnicity’, ‘ethnic differences’, ‘migrants’,... (zie o.m. Cheung, 1993; Finn, 1994, 1996; Terell, 1993).

Grosso modo zou kunnen gesteld worden dat de termen ‘vreemdeling’ en ‘allochtoon’ verwijzen naar mensen afkomstig uit andere landen, waar de term ‘migrant’ eerder wijst op iemand die zich elders – in een ander land – vestigt. De Franstalige literatuur wijst ons er in elk geval op dat het belangrijk is het onderscheid te maken tussen ‘l’immigré’ en ‘l’étranger’: iemand kan geboren zijn in een bepaald gastland en er volkomen ‘vreemd’ zijn, iemand kan ook naar een gastland geïmmigreerd zijn en er reeds de nationaliteit van het gastland verworven hebben. Maar zelfs genaturaliseerd wordt de betrokken persoon heel vaak blijvend herinnerd aan zijn ‘vreemde’ afkomst, door zijn sociale leefomstandigheden, zijn naam of door een mogelijk conflict tussen de waarden en normen van zijn geboorteland en die van het gastland. Dit leidt ertoe dat we dus oog moeten hebben voor de gehele populatie van mensen die een ‘vreemde’ afkomst hebben, dus ook voor bijvoorbeeld jongeren die in België geboren zijn of voor personen die reeds de Belgische nationaliteit verworven hebben om op die manier ook zicht te krijgen op hun (zorg-) traject en hun achtergronden (Taïeb, 2002). Bovendien moeten we er ons voortdurend van bewust zijn dat we niet kunnen spreken over ‘dé’ migrant of ‘dé’ etnisch-culturele minderheid als zou het hier over een homogene groep gaan. Binnen deze groepen is er ontzettend veel heterogeniteit en de subgroepen en individuele personen binnen deze groepen kunnen onderling erg veel verscheidenheid vertonen op onder meer sociaal, politiek en/of cultureel vlak (Taïeb, 2002). Niettemin merkten we doorheen de literatuurstudie – wat ook zal blijken uit de hierna volgende bespreking ervan – dat met deze heterogeniteit en diversiteit niet steeds rekening wordt gehouden in de rond dit thema reeds uitgevoerde studies.

In het voorliggend onderzoek kiezen we ervoor om gebruik te maken van de termen ‘**etnisch-culturele minderheid**’ – ‘**populations d’origine étrangère**’ gezien dit, zeker in beleidsteksten, de meest gebruikte termen zijn en bovendien de meest omvattende en minst stigmatiserende omschrijvingen. Daarnaast laten deze termen ook voldoende ruimte om die naargelang de gehanteerde onderzoeksmethodologie en de beschikbare data op diverse manieren in te vullen. Uiteraard wordt in elk onderzoeksluik duidelijk gespecificeerd hoe de betrokken onderzoeksgroep werd afgebakend, met andere woorden welke specifieke invulling het begrip ‘etnisch-culturele minderheid’ telkens gekregen heeft.

Wat betreft de termen inzake **druggebruik** kiezen we zo veel mogelijk voor een niet-problematiserende benadering waarbij termen als ‘verslaving’ of ‘drugafhankelijkheid’ zoveel mogelijk vermeden worden, gezien deze vaak een bepaalde normengerelateerde keuze impliceren. Indien ze wel worden gebruikt, worden ze tussen aanhalingstekens geplaatst. We opteren algemeen eerder voor de meer neutrale termen ‘druggebruik(ers)’ – ‘usage(rs) de drogues’ en ‘drugproblemen’.

Bovendien kiezen we er omwille van pragmatische redenen voor om dit onderzoek af te bakenen naar ‘illegale’ drugs, gezien het mee betrekken van problematisch alcoholgebruik ertoe zou geleid hebben dat de focus van dit onderzoek veel te breed en daarmee ook onhaalbaar zou geworden zijn.

2.3 DE ROL VAN CULTUUR: VERSCHILLENDE PARADIGMA’S EN PERSPECTIEVEN

2.3.1 UNIVERSALISTISCHE OF TRANSCULTURALISTISCHE POSITIE?

Vooraleer we ingaan op de prevalentie en aard van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden willen we starten met een algemene opmerking inzake de mogelijkheden om verschillende culturele groepen met betrekking tot hun emotioneel welzijn in het algemeen en de uiting van psychische problemen en zogenaamde ‘DSM-IV syndromen’ in het bijzonder te vergelijken. Het gaat hier met andere woorden over de mogelijke **cross-culturele verschillen** wat betreft het uiten van psychische problemen. Over het algemeen kunnen hierrond in de literatuur twee tegengestelde conceptuele referentiekaders onderscheiden worden (Escobar & Vega, 2006; Silove, 2005). De *universalistische of ‘etic’-positie*, meestal toegeschreven aan de westerse psychiatrie, gaat ervan uit dat er basispatronen van psychiatrische ziekte kunnen worden geïdentificeerd – weliswaar met enige,

² Deze term vinden we wel terug in teksten van de Vlaamse Gemeenschapscommissie die in Brussel gevestigd is.

kleine variaties – over culturen en contexten heen. Daartegenover staat de *transculturalistische of ‘emic’-positie*, gegroeid vanuit het etnografische referentiekader, waarbij cultuur beschouwd wordt als één van de centrale factoren in het ontstaan, het creëren en de expressie van psychisch onwelzijn. Classificatiesystemen zoals de DSM-IV hebben dit debat tussen beide standpunten aangezwengeld, temeer daar dit soort classificatiesystemen – ondanks het feit dat ze enige ruimte geven aan culturele variaties – in de algemene formulering duidelijk universalistisch van aard zijn (Bracken et al., 1995; Gaines, 1992). Dit zou ertoe kunnen leiden dat psychisch onwelzijn bij mensen uit andere (lees: niet-westerse) culturen verkeerd geïnterpreteerd wordt, omdat ze in de in Europa/Noord-Amerika ontstane symptoomprofielen geduwd worden (Kleinman, 1987; Littlewood, 1992; Westermeyer & Janca, 1997). Anderzijds heeft de aanname van een ‘emic’-positie ook heel grote praktische consequenties, gezien dit zou betekenen dat de Westerse psychiatrie weinig te bieden heeft aan andere culturen (Silove, 2005). In elk geval stellen we wel vast dat het onderzoek naar de cross-culturele toepasbaarheid van de criteria omtrent problematisch druggebruik en haar diagnoses de laatste decennia sterk toegenomen is, hoewel de meeste van deze studies zich duidelijk binnen de ‘universalistische’ traditie situeren (Room, 2006).

Naast deze tegenstelling tussen een ‘emic’- en een ‘etic’-referentiekader zijn ook andere kritieken geuit ten aanzien van het gebruik van de in het westen ontstane concepten van emotionele problemen en psychische stoornissen binnen een cross-culturele context of bij populaties van vluchtelingen of migranten. Zo zou dit ertoe kunnen leiden – bv. bij vluchtelingenpopulaties – dat normale reacties op abnormale situaties worden geconstrueerd als een abnormale psychische toestand (Hodes, 2000; Kleinman & Kleinman, 1991; Richman, 1993; Tolfree, 1996). Bovendien houden de DSM-IV-syndromen weinig rekening met de context waarin het onwelzijn is ontstaan, waardoor bovendien de individualiserende benadering van deze classificatiesystemen de morele en politieke aspecten van geweld negeert (Jones, 1998; Kleinman & Kleinman, 1991).

Deze tegenstelling of kritieken beantwoorden lijkt niet zo eenvoudig. In elk geval is het noodzakelijk om steeds te vertrekken vanuit een brede visie op diagnostiek en assessment, waarbij een classificatie met behulp van de DSM-IV dient aangevuld te worden met een ruime contextuele visie over alle mogelijke meebepalende en – beïnvloedende factoren (Ingleby, 1995). Room (2006) houdt hierbij tevens een pleidooi voor een open vizier op de gehanteerde criteria en diagnoses, waarbij er ruimte is om binnen bepaalde culturele groepen termen of diagnoses in andere zin te interpreteren.

Bovendien dient benadrukt te worden dat culturen niet kunnen gezien worden als statische, monolithische concepten, maar veeleer als in essentie heterogeen en dynamisch van aard (Geertz, 1973; Ingleby, 2005). Daarbovenop positioneren veel mensen zich tegelijkertijd als lid van twee of meer culturen, zeker waar het migranten betreft (Ingleby, 2005). Ten slotte blijft het vrij onduidelijk op welke manier cultuur en etniciteit relevant zijn, gezien de beschikbare studies moeilijk kunnen differentiëren van andere negatieve invloeden die geassocieerd worden met het lidmaatschap van een sociale groep (Rousseau et al., 1997).

2.3.2 MIGRATIE EN GEZONDHEID: TUSSEN EEN CULTURALISTISCH EN EEN ANTI-DIFFERENTIALISTISCH PERSPECTIEF

Een heel opvallende vaststelling doorheen de literatuurstudie is het verschillend accent dat gelegd wordt tussen enerzijds de Nederlandstalig-Engelstalige literatuur en anderzijds de Spaanstalig-Franstalige literatuur: in de Nederlandstalig-Engelstalige literatuur wordt uitgebreid melding gemaakt van onderzoek naar de problematiek gelieerd met druggebruik en/of zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden, waar dit binnen de Spaanstalig-Franstalige literatuur (Franstalig België, Frankrijk, Zwitserland, Québec, Italië en Spanje) tot op heden bijzonder weinig geëxploreerd werd. Ook in België zelf – en zeker in het Franstalige landsgedeelte – is er relatief weinig onderzoek gebeurd naar de gezondheid van migranten (Martiniello & Vranken, 2006). Dit lijkt alles te maken te hebben met het ‘*caractère indiciel*’ (Fassin, 1999) van dit soort onderzoek: het lijkt immers erg delicaat of zelfs verboden te zijn om onderzoek uit te voeren naar mogelijke linken tussen enerzijds bevolkingsgroepen van een ‘vreemde’ afkomst en anderzijds gevoelige thema’s zoals AIDS of druggebruik. Dit taboe kan verklaard worden op basis van enerzijds een politiek argument, met name de vrees om op die manier bevolkingsgroepen van niet-Belgische afkomst te stigmatiseren en anderzijds ook een wetenschappelijk-methodologisch argument: de vrees dat de nadruk op het onderscheid tussen ‘allochtonen’ en ‘autochtonen’ de mogelijke invloed van andere variabelen, voornamelijk van sociaal-economische aard, onterecht volledig naar de achtergrond doet verdwijnen (Fassin, 1998; Jung, 2002). Als gevolg hiervan zien we dat in de Spaans- en Franstalige literatuur veeleer wordt uitgegaan van een ‘anti-differentialistisch’ perspectief, waarbij dit in de Engels- en Nederlandstalige literatuur veeleer een ‘culturalistisch’ perspectief is (Fassin, 1999), hoewel ook steeds meer publicaties binnen deze laatste strekking focussen op aspecten die verband houden met migratie eerder dan op culturele elementen (Cognet, 2000).

Deze visies hebben echter beiden beperkingen. De visie gebaseerd op het culturalisme heeft van 'cultuur' de essentie gemaakt van alle praktijkwerk, waarbij 'het verschil' vaak geïdealiseerd werd en 'ras' als verklarende factor voor dit verschil werd aangehaald (Fassin, 2001). Meer specifiek is gebleken dat het culturalisme vooreerst het voorrecht van het algemeen geldende, het universele aan migrantenpopulaties heeft ontnomen. Dit betekent dat, wanneer men hen probeert te begrijpen, 'specifieke' elementen die bij hen verondersteld worden vaak leiden tot verklaringen waarin men gemakkelijk zichzelf kan herkennen. Ten tweede kan een culturalistische benadering ertoe leiden dat bepaalde alternatieve verklaringen vermeden worden, met name het mee in rekening brengen van verklarende factoren inzake materiële leefvoorwaarden, juridische status, bepaalde leefomstandigheden, enzovoort. Ten derde kan deze benadering er ook toe leiden dat de eigen bijdrage van het individu of de voorziening in de reproductie van 'het verschil' ontzien wordt (Fassin, 2000). Zo kan een erkenning van een bepaalde sociale groep op basis van verschilpunten en culturele tradities leiden tot de paradox van de 'multiculturele kwetsbaarheid', meer bepaald het maken van een inbreuk op de fundamentele rechten van het individu dat tot deze groep behoort (Picozzi, 2004).

Maar ook het anti-differentialisme heeft belangrijke gebreken. Hoewel deze benadering vrijheid laat om diverse verklaringen – zelfs verkeerde – te laten bestaan waardoor de vermeende verbanden tussen bepaalde ziekten en etnisch-culturele minderheden verminderd worden (Fassin, 2001), verbergt deze benadering wel de ongelijkheden die eigen zijn aan de leefsituatie van deze populaties en anderzijds ook bepaalde specifieke eigenschappen en kenmerken die een rol kunnen spelen in het ontstaan van ziekte en de zorg en hulpverlening hiervoor. Als we ons dus buigen over de factoren die gezondheid beïnvloeden is het essentieel te onderkennen dat op het vlak van woon- en werksituatie etnisch-culturele minderheden reeds op voorhand benadeeld zijn en dat bovendien specifieke elementen in hun leefsituatie, zoals hun juridische verblijfsituatie of ervaringen van discriminatie, deze woon- en werksituatie nog extra kunnen benadelen (Fassin, 1998). Op dezelfde manier leidt het gegeven dat etnisch-culturele minderheden die kampen met psychische problemen heel vaak doorverwezen worden naar categoriale initiatieven binnen de geestelijke gezondheidszorg (hulpverlening specifiek voor deze populaties) tot de conclusie dat voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg erg relatief is en dat er ook op dit vlak nog steeds een zekere vorm van ongelijkheid heerst (Lurbe, 2005). Het zou dus erg nefast zijn om in een maatschappij die steeds meer 'multicultureel' wordt geen aandacht te schenken aan het herdenken van zowel cliëntenrechten als de banden tussen 'klassieke' en 'alternatieve' geneeskunde (Picozzi, 2004).

Het is dus noodzakelijk om in onderzoek rekening te houden met zowel de troeven als de beperkingen van de beide benaderingen. Het lijkt erop dat enkel door het geven van bijkomende aandacht aan culturele diversiteit het mogelijk wordt om deze diversiteit in het hart van het burgerschap zelf te integreren. Onderzoek naar integratie omhelst dus steeds een erkenning van 'het verschil' en wellicht op dezelfde manier zullen bepaalde etnisch-culturele minderheden vasthouden aan hun 'non-integratie' op basis van deze erkenning van verschilpunten. Om dus elke vorm van discriminatie te vermijden is het noodzakelijk een antwoord te bieden op deze vraag tot herkenning zonder niettemin een sociale breuk mee te bewerkstelligen. Dit antwoord moet zich daarom inschrijven in het breder kader van het 'multiculturele burgerschap'. Dit kader betekent niet dat elk verschil aanvaard wordt, maar wel dat er gebruik gemaakt wordt van een model waarin minderheidsrechten en universele rechten naast elkaar kunnen bestaan, maar deze minderheidsrechten wel ondergeschikt zijn aan principes van individuele vrijheid, democratie en sociale rechtvaardigheid (Picozzi, 2004).

Specifiek met betrekking tot druggebruik blijkt bijvoorbeeld dat algemene preventiemaatregelen naar etnisch-culturele minderheden met specifieke 'noden' niet voldoende effectief zijn. Dit betekent dat preventie dus voldoende doelgroepspecifiek dient te zijn, zonder anderzijds de betrokken populatie als meer 'risicovol' te bestempelen in vergelijking met andere populaties. Als de inhoud van de boodschap dus gelijk dient te blijven, moet de interventiewijze rekening houden met de culturele bepaaldheid van gedragingen ten aanzien van gezondheid (Jung, 2002).

Breder gesteld dient elk onderzoek met betrekking tot dit thema volgende aspecten in rekening te brengen (Fassin, 1998, 2002):

1. Er dient nagedacht te worden over de centrale categorieën die men afbakt, met name met betrekking tot de toegekende sociale kenmerken en met de bepalende sociale processen of – in statistische terminologie – de onafhankelijke en de afhankelijke variabelen. Aan de kant van de sociale kenmerken moet gezocht worden naar wat onmiskenbaar toe te schrijven is aan nationaliteit, geboorte en herkomst. Aan de kant van de sociale processen moet er gezocht worden naar de invloed van economische verschillen, ruimtelijke afstand, sociale discriminatie en juridische uitsluiting;
2. Het vraagstuk van de immigratie dient globaal mee in rekening gebracht te worden, met name als één van de dimensies die de ongelijkheid met betrekking tot gezondheid mee bepaalt. Nationaliteit, geboorte en herkomst dienen dus maar in onderzoek worden opgenomen indien ze als onontbeerlijk

- beschouwd worden en bovendien moeten ze nog steeds in relatie met gender, opvoeding, werk, inkomsten, woonsituatie en juridisch statuut bekeken worden;
3. Er dient een combinatie te zijn van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodologie;
 4. Het praktijkveld dient zo veel mogelijk mee betrokken te worden om eventuele gevoeligheden van dit praktijkveld ten aanzien van bepaalde onderzoeksvragen in rekening te kunnen brengen;
 5. Er dient voorzichtig omgesprongen te worden met de verspreiding van de onderzoeksresultaten, enerzijds door de resultaten op diverse plaatsen bekend te maken en anderzijds door de resultaten van voldoende kader en uitleg te voorzien die voor een goede interpretatie kunnen zorgen.

2.4 PREVALENTIE EN AARD VAN DRUGGEBRUIK BIJ ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

Het onderzoek naar de prevalentie en de aard van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden is erg uiteenlopend: een aantal studies geeft aan dat er duidelijke verschillen zijn tussen ‘autochtonen’ en ‘allochtonen’ inzake de mate (meer/minder) van druggebruik en het type gebruikte drugs (Argeriou & Daley, 1997), waar andere studies stellen dat er weinig tot geen verschillen zijn (Adrian, 2002). Er is dus nog steeds vrij veel onduidelijkheid hierover. Bovendien dienen de onderzoeksresultaten zelf met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Zo waarschuwt Adrian (2002) dat onderzoek rond druggebruik bij etnisch-culturele minderheden dikwijls vanuit verkeerde vooronderstellingen vertrekt, wat kan leiden tot een verdere stigmatisering van deze minderheidsgroepen. Daarnaast heeft een aantal klinische studies aangetoond dat klinici vlugger een diagnose van psychose of symptomen van druggebruik stellen bij cliënten uit minderheidsgroepen in vergelijking met het overige deel van de bevolking (Minsky et al., 2003; Strackowski et al., 2003).

2.4.1 PREVALENTIE EN AARD VAN DRUGGEBRUIK BIJ ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

In wat volgt bespreken we de Engels- en Nederlandstalige literatuur met betrekking tot de prevalentie en de aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden. We bespreken de studies per land waar ze werden uitgevoerd.

Een **Amerikaanse** studie bij zwangere vrouwen toont aan dat African-American³ vrouwen crack en cocaïne verkiezen boven het gebruik van heroïne, terwijl Hispanic vrouwen en in mindere mate blanke vrouwen heroïne als primaire drugs verkiezen (Argeriou & Daley, 1997). Een opvallende bevinding van deze studie is dat African-American vrouwen minder betrokken zijn in het gerechtelijk systeem in vergelijking met de twee andere groepen, wat volgens de auteurs te wijten zou kunnen zijn aan hun voorkeur voor het gebruik van crack, wat minder duur is dan heroïne. De voorkeur van African-Americans voor crack en cocaïne wordt ook bevestigd in een studie van de Department of Health and Human Services (1994). Een studie van de Substance Abuse and Mental Health Administration (1994, in: De La Rosa, 1998) komt tot de bevinding dat African-Americans en Hispanics twee keer zo veel cocaïne zouden gebruiken als blanken, niet-Hispanics en Asian/Pacific Islanders. Mirza en collega's (1991 in: Harrison, Sutton & Gardiner, 1997) stellen dat African-Americans minder opiaten (heroïne) gebruiken in vergelijking met andere etnische groepen. Ma & Shive (2000) daarentegen stellen dat African-Americans meer melding maken van het gebruik van crack en heroïne in vergelijking met blanken of Hispanics. Argeriou & Daley (1997) stelden bovendien vast dat blanke Amerikaanse vrouwen ook een hoger gebruik van opiaten (andere dan heroïne) en benzodiazepines rapporteren, wat zou kunnen wijzen op verschillen in de toegang tot voorgeschreven medicatie en de toegang tot en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg. Nemoto en collega's (1999) bestudeerden de diversiteit binnen de Aziatische populatie in Amerika met betrekking tot druggebruik. Zo stelden deze auteurs vast dat Chinezen en Vietnamezen meer crack gebruiken in vergelijking met Filippino's en dit vooral roken, terwijl Filippino's meer (voornamelijk intraveneus) heroïnegebruik rapporteren. Ramses en Percy (1996 in: Harrison et al., 1997) ten slotte stellen dat het heroïnegebruik hoog zou zijn bij Pakistanis en Bangladeshis die in Amerika leven.

³ We kiezen ervoor om bij de rapportage over de literatuurstudie de Engelstalige termen voor het aanduiden van de diverse betrokken etnisch-culturele minderheidsgroepen te behouden. Zo wordt in deze publicaties met “African-Americans” verwezen naar de Amerikaanse populatie van Afrikaanse afkomst, duidt “Hispanics” op Amerikanen die uit een Midden- of Zuid-Amerikaans land afkomstig zijn (o.a. Mexico, Brazilië,...), wordt met “Asian-Pacific Islanders” verwezen naar mensen die uit een Aziatisch land of de “Pacific Islands” afkomstig zijn en verwijst ten slotte de term “native Americans” naar de oorspronkelijke Indiaanse bewoners van het Amerikaanse continent.

Studies in het **Verenigd Koninkrijk** (Ramsey et al., 2001 in: Rassool, 2006) tonen aan dat er bij Zuid-Aziaten een lagere prevalentie is van druggebruik in vergelijking met blanke bevolkingsgroepen, al zou dit verschil steeds kleiner worden.

Wat de aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden in het Verenigd Koninkrijk betreft geeft Rassool (2006) volgend overzicht:

- cannabis zou het meest gebruikt worden door jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen, vooral Afrikaanse jongeren
- crack-cocaïne zou vooral gebruikt worden door jonge Bangladeshi, Kashmiri en Black-Carribeans
- bij volwassenen zouden Black-Carribeans en Afrikanen eerder focussen op cocaïne in vergelijking met andere minderheidsgroepen
- heroïne ten slotte zou de belangrijkste drug zijn bij Pakistani, Bangladeshi, Iraniërs, Vietnamezen en Chinezen.

Een andere Engelse studie (Moselhy & Telfer, 2002) stelt dat Aziatische participanten een hoger gebruik van opiaten aangeven in vergelijking met de Britse groep; de African-Carriëben-groep rapporteert een hoger gebruik van crack-cocaïne.

Ecstasy, amfetamines en LSD zouden in het Verenigd Koninkrijk minder gebruikt worden door etnisch-culturele minderheidsgroepen en eerder aanzien worden als de drugs van blanke jongeren (Chaundry et al., 1997). Khat daarentegen is een specifieke drug die vaak zou gebruikt worden door Somalische bevolkingsgroepen, Yemenieten, Ethiopiërs en Arabieren uit het Midden-Oosten (Iran, Irak, Libanon en Yemen) (Fountain et al., 2002; Mohammed, 2000 in: Rassool, 2006).

Een studie bij Maori, de oorspronkelijke inwoners van **Nieuw-Zeeland**, stelt dat er een hogere prevalentie van alcohol- en druggebruik bij deze groep zou zijn in vergelijking met de huidige meerderheid van de Nieuw-Zeelandse bevolking (Sellman et al., 1997).

Een grootschalige **Zweedse** studie (Hjern, 2004) toont aan dat tweede-generatie-migranten een belangrijk verhoogd aantal ziekenhuisopnames hebben met betrekking tot de behandeling van het gebruik van illegale drugs. Dit vergrote risico wordt echter quasi volledig teniet gedaan wanneer rekening gehouden wordt met socio-economische indicatoren, waarbij tweede-generatie-migranten het op sociaal-economisch vlak duidelijk veel moeilijker hebben dan de autochtone Zweedse bevolking.

Onderzoek bij migranten in **Duitsland** geeft aan dat er bij deze populaties een hogere prevalentie zou zijn van 'verslaving' in vergelijking met autochtone Duitsers (Haasen, Yagdiran & Toprak, 2001).

Uit **Nederlands** onderzoek wordt geschat dat ongeveer 40 tot 50% van de geregistreerde druggebruikers bestaat uit mensen van Surinaamse, Marokkaanse, Nederlands-Antilliaanse of Turkse afkomst (Braam et al., 1998; Lempens et al., 2000, in: Verdurmen et al., 2004; van de Wijngaart, 1997).

In **België** is er heel weinig statistisch materiaal voorhanden over het druggebruik van etnisch-culturele minderheden en de bestaande statistieken zijn bovendien moeilijk interpreteerbaar en bieden dus weinig tot geen zicht op het druggebruik bij migranten in België (De Spiegelaere, 2004). Franstalige literatuur geeft in elk geval aan dat er wellicht geen sprake is van een groter druggebruik bij etnisch-culturele minderheden in vergelijking met het overige deel van de bevolking (Coordinamento Veneto, 2005; Jung, 2004; Pullini, 2004). En zelfs indien er verschillen zouden zijn tussen de aard van de gebruikte drugs of de wijze van gebruik tussen verschillende etnisch-culturele minderheden (Salvioni, 2002) hangt dit wellicht niet samen met het onderscheid 'autochtoon-allochtoon', maar wel met het sociale milieu van de betrokken gebruikers.

Gesprekken met sleutelfiguren uit het werkveld bevestigen de bovenstaande vaststelling uit de literatuurstudie dat er een grote heterogeniteit bestaat in de aard van druggebruik naar etniciteit:

“Welke drugs gebruikt worden, wordt voor een groot stuk beïnvloed door de achtergrond en afkomst van de persoon. Iraniërs hebben een traditie van recreatief opiumgebruik, terwijl Oost-Europeaanen vaak een sterke opiaatverslaving koesteren” (interview sleutelfiguur).

Ten slotte wat de **wijze van gebruik** betreft zou het injecteren van drugs erg ongebruikelijk zijn bij Afrikaanse minderheidsgroepen, wat afgeleid wordt uit het feit dat zij minder aanwezig zijn in projecten van spuitenuitruil (Sangster et al., 2002 in: Rassool, 2006). Zuid-Aziaten en Black-Carribeans zouden echter wel heroïne en ook steroïden injecteren. De afkeer voor intraveneus gebruik bij Chinezen en Vietnamezen wordt volgens de studie van Nemoto en collega's (1999) vooral ingegeven door het gevoel dat dit minder risico op afhankelijkheid inhoudt, door de angst om de controle te verliezen, vanuit de angst voor naalden en voor HIV-besmetting en omwille van het stigma dat rond intraveneus druggebruik hangt. Volgens dit onderzoek komt crackgebruik met een afkeer voor de intraveneuze gebruikwijze ervan ook meer voor bij de Aziatische populatie die na de geboorte

migreerde naar Amerika in vergelijking met Aziaten geboren in Amerika. Ook een kwalitatieve studie in London bij vrouwen uit Bangladesh geeft aan dat deze vrouwen een antipathie hebben ten aanzien van het injecteren van drugs (Cottew & Oyefeso, 2005).

Een sleutelfiguur die zelf van Marokkaanse afkomst is en werkt in een spuitenruilproject verduidelijkt waarom druggebruikers van Maghrebijnse afkomst eerder afzien van het injecteren van drugs en het eerder inhaleren. Dit leidt er volgens deze sleutelfiguur wel toe dat diegenen die toch drugs injecteren minder aandacht hebben voor de risico's die het injecteren van drugs met zich meebrengt, zeker wat betreft de risico's verbonden met het door meerdere gebruikers delen van dezelfde spuiten. Dit alles bemoeilijkt uiteraard sterk het werk van spuitenruilprojecten ten aanzien van deze doelgroepen. Dit geldt zeker ook met betrekking tot de preventiecampagnes omtrent ziektes zoals AIDS en hepatitis, die moeilijker hun weg vinden naar gebruikers uit etnisch-culturele gemeenschappen, vooral omwille van het stigma en het taboe dat aan dit soort ziektes kleef en tevens door de onvertrouwdheid van deze gemeenschappen met dergelijke preventiecampagnes.

“Tout comme la consommation et l'injection, on n'ose pas trop parler des maladies en elles-mêmes. Parce que ce sont des maladies connotées, honteuses. Sida et hépatites. Conclusion : ils en parlent moins entre eux. Et nous, en parler avec eux, dans une bonne partie des cas, il est préférable de le faire (en étant) seul à seul. C'est-à-dire que, si on veut qu'il y ait une communication, pour avoir une discussion, on ne peut pas en parler avec la présence d'une autre personne avec qui ils vivent. Sauf exceptions” (interview sleutelfiguur).

2.4.2 VERKLARENDE FACTOREN VOOR DRUGGEBRUIK BIJ ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

Uiteraard wordt in de literatuur, naast het onderzoek naar de mogelijke verschillen in prevalentie en aard van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden in vergelijking met het overige deel van de populatie, ook veel aandacht besteed aan de factoren die deze verschillen mee kunnen helpen verklaren. We maken hier opnieuw omwille van bovengenoemde redenen onderscheid tussen factoren die aangegeven worden in de Engels- en Nederlandstalige literatuur en door Nederlandstalige sleutelfiguren enerzijds en de factoren die vooral aan bod komen in de Spaans- en Franstalige literatuur en genoemd werden door Franstalige sleutelfiguren anderzijds.

2.4.2.1 De Nederlands- en Engelstalige gebieden

Een eerste mogelijke verklarende factor is het **migratieproces** dat aanleiding geeft tot een zogenaamd **acculturatieproces**, een term die refereert naar de culturele en psychologische veranderingen die voortvloeien uit het contact tussen mensen die behoren tot verschillende culturen en verschillende gedragingen vertonen (Berry et al., 1992). Dit acculturatieproces kan immers leiden tot acculturatiestress (ibid.), wat op zijn beurt een negatieve invloed kan hebben op de gezondheid, zowel fysisch als psychisch, van de migrant (Haasen et al., 2001; Sam & Berry, 1995). Acculturatiestress kan dus aanleiding geven tot (een verhoogd) druggebruik. Drugs worden in die zin gebruikt als een soort “copingmiddel” om om te gaan met de stress veroorzaakt door het acculturatieproces. Anderzijds kan druggebruik op zich ook aanleiding geven tot een moeilijker verlopend acculturatieproces, wat de stress samenhangend met dit acculturatieproces op zijn beurt nog kan verhogen.

Zo stelt een Duits onderzoek bij migranten uit de voormalige Sovjet-Unie (Grusser et al., 2005) dat migranten met drugafhankelijkheidsproblemen meer angst- en depressieve symptomen vertonen en meer negatieve stress-copingstrategieën – onafhankelijk van de invloed van werk- of opleidingsstatus – in vergelijking met niet-drugafhankelijke migranten. Bovendien waren drugafhankelijke migranten minder tevreden met hun verblijf in Duitsland. De auteurs besluiten hieruit dat drugafhankelijkheid bij migranten ernstig kan interfereren met het proces van acculturatie in het gastland. Anderzijds tonen diverse studies bij Hispanic vrouwen aan dat de stress verbonden met het acculturatieproces en de veranderingen in de man-vrouw-relaties en –posities het risico op alcohol- en druggebruik doen toenemen (Amaro et al., 1990; Finch et al., 2001; Vega et al., 1998).

De rol van het acculturatieproces in het ontstaan van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden is echter niet steeds duidelijk. Zo stelt een Amerikaanse studie van Vega, Gil en Wagner (1998 in: De La Rosa, Vega & Radisch, 2000) dat Hispanic adolescenten die niet in Amerika geboren zijn en een laag acculturatieniveau hebben minder druggebruik kennen dan Hispanic adolescenten met een hoog of bicultureel acculturatieniveau. Hispanic adolescenten die daarentegen wel in Amerika geboren zijn en ook een laag acculturatieniveau hebben, vertonen een veel groter druggebruik. Naast de vragen die dit oproept omtrent de mogelijke invloed van het acculturatieproces, kan een bijkomende verklarende factor voor dit verschil het gegeven zijn dat Hispanic adolescenten die niet in de Verenigde Staten geboren zijn nog meer vasthangen aan traditionele Latijns-Amerikaanse waarden, wat kan leiden tot het vastgestelde lagere druggebruik (Vega et al., 1998).

In dezelfde lijn dient aangestipt te worden dat de jongere generatie van etnisch-culturele minderheden tevens moet leren omgaan met het gegeven ‘etnische identiteit’ (Min, 1995). Deze **identiteitsvorming** kan omwille van

het leven 'in' of 'tussen' twee (culturele) werelden een stuk complexer – en eventueel moeilijker – verlopen. Bovendien kunnen bepaalde culturele kenmerken van de betrokken gemeenschappen deze identiteitsvorming extra bemoeilijken. Zo worden bij Aziatische Indiërs het belang van gender, van generatiehiërarchie in families en van de rol van schaamte vernoemd (Rastogi & Wadhwa, 2006). Drugs zouden bij jongeren uit Aziatisch-Indiase families dan ook een copingwijze kunnen zijn om om te gaan met spanning en stress die ontstaan door familiale druk of door de ervaren tegenstelling tussen de eigen familiale normen en waarden en die van de nieuwe samenleving (Juon et al., 1995).

Een sleutelfiguur uit de Marokkaanse gemeenschap in Antwerpen verwees naar ditzelfde identiteitsconflict ter verklaring van de hoge prevalentie van druggebruik bij Marokkaanse jongeren:

“Ze zitten gewoon tussen twee culturen in en willen enkel het beste van de twee; de steun van het geloof, maar de vrijheid van het Belgische leven” (interview sleutelfiguur).

Naast het acculturatieproces en de meer complexe identiteitsvorming bij jongeren, beide samenhangend met het migratieproces, kan gesteld worden dat migreren het leven in verschillende levensdomeinen heel wat complexer kan maken. Dit kan op zijn beurt leiden tot **minder goede levensomstandigheden**, gekenmerkt door onder meer economische en intellectuele armoede, werkloosheid, beperktere toegang tot scholing en educatie en ontwrichting van sociale en familiale structuren. Divers onderzoek toont immers aan dat minderheidsgroepen duidelijk oververtegenwoordigd zijn in sociaal-economisch lagere klassen, wat kan leiden tot hogere werkloosheidspercentages, meer armoede, slechtere behuizing; allemaal elementen die geassocieerd worden met een slechtere geestelijke gezondheid (Bhugra, 1999). Deze sociaal-economische factoren kunnen bovendien op hun beurt leiden tot het gebruik van (illegale) drugs of tot het handel drijven in drugs als middel om te kunnen overleven (Ashruf & van der Eijnden, 1996). Zoals hierboven reeds aangegeven kunnen drugs in die zin voor een aantal migranten beschouwd worden als een (negatieve?) copingwijze om op die manier beter te kunnen omgaan met de stress resulterend uit het migratie- en acculturatieproces (Grusser et al., 2005).

Migratie zou, algemeen gezien, een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van problemen in de geestelijke gezondheid, dus niet alleen voor het ontwikkelen van een middelenafhankelijkheidsproblematiek (Nouroozifar & Zangeneh, 2006). Diverse auteurs voegen hier nog aan toe dat etnisch-culturele minderheden vaak geconfronteerd worden met gecombineerde stressbronnen van acculturatie, gebrek aan familiale steunbronnen, racisme en discriminatie. Deze kunnen allemaal (mede-)oorzaak zijn van (hoger) druggebruik bij deze populaties (Coordinamento Veneto, 2005; Jung, 2002; Min, 1995; Panunzi-Roger, 2005). Ook Ashruf en van der Eijnden (1996) geven volgende mogelijke voorspellende factoren voor druggebruik bij etnisch-culturele minderheden: individueel cultureel aanpassingsvermogen van de cliënt, sociale en economische deprivatie, de houding ten aanzien van de samenleving van het gastland en discriminatie.

Onderzoek bij de Maori, de oorspronkelijke bevolking van Nieuw-Zeeland, stelt dat de hogere prevalenties van alcohol- en druggebruik bij deze bevolkingsgroep vooral te wijten zijn aan het verlies van hun land, urbanisering, het afbreken van traditionele tribale structuren en het algemene verlies aan waardigheid, respect en identiteit (Sellman et al., 1997)

Reid, Aitken, Beyer en Crofts (2001) geven volgende risicofactoren aan die de kwetsbaarheid voor illegaal druggebruik bij etnisch-culturele minderheden verhogen: hoge werkloosheid, weinig kennis en kunde van de taal van het gastland, beperkte toegang tot scholing en lagere scholingsgraad, intergenerationele conflicten, acculturatie-elementen en druk van leeftijdgenoten. Deze factoren kunnen volgens deze auteurs teruggebracht worden tot een algemeen, onderliggend gegeven, namelijk dat etnisch-culturele minderheden zowel economisch als sociaal benadeeld zijn.

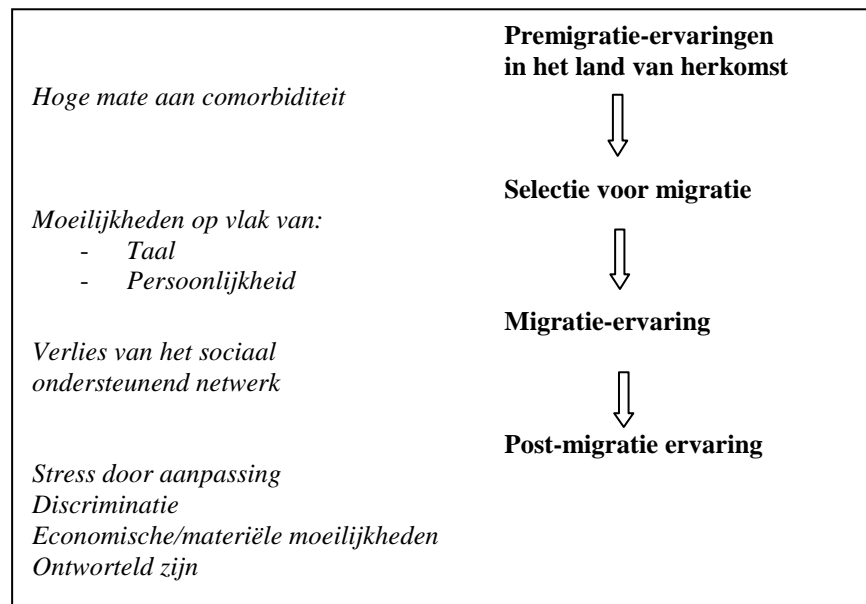
Ten slotte stellen Amaro en collega's (2006) dat er bij Hispanic vrouwen een grotere invloed kan zijn van hun mannelijke partners op het starten met en/of continueren van druggebruik, gezien de aard van de in deze populatie gehanteerde **gender-normen**.

We mogen hier echter niet uit het oog verliezen dat druggebruik en –afhankelijkheid ook reeds kunnen ontstaan zijn in het land van herkomst. Eén van de redenen voor het gebruik van drugs in het land van herkomst kan zijn het meemaken van ernstige, **traumatiserende ervaringen** zoals oorlog (Jung, 2002). Ook in het gastland kan drug- en alcoholgebruik bij migranten en vluchtelingen soms beschouwd worden als een copingwijze om om te gaan met de vaak erg traumatische ervaringen die zij voor, tijdens of na hun vlucht hebben moeten doorstaan.

“Je hebt een hele grote groep allochtonen en asielzoekers die reeds drugs gebruikten in hun land van herkomst. Deze zijn door de vaak traumatische ervaringen uit hun verleden nog moeilijker te bereiken en te behandelen dan diegene die hier in België pas zijn beginnen gebruiken” (interview sleutelfiguur).

Bij heel wat vluchtelingen en migranten is er daarnaast ook de onzekerheid of ze al dan niet verblijfsdocumenten zullen kunnen krijgen en dus al dan niet in het gastland zullen kunnen blijven. Deze onzekerheid is vaak enorm zwaar, wat een aantal vluchtelingen tot ernstig druggebruik brengt als (negatief) copingmechanisme om om te kunnen gaan met die enorme onzekerheid en de hieruit voortvloeiende stress (Haasen et al., 2001).

We willen hierbij ook het model van Bhugra (2004, p. 244) aanhalen waarin hij verschillende stadia van migratie aangeeft en daaraan gerelateerde factoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van psychopathologie (ruimer dan druggebruik). Dit schema (cf. figuur 1) benadrukt de heterogeniteit van de ervaringen die migranten hebben doorheen het hele migratieproces.



Figuur 2.1: Stadia van migratie en psychopathologie (Bhugra, 2004, p. 244).

De gevolgen van het migratieproces worden dus beïnvloed door heel wat verschillende elementen, waaronder:

- geslacht/gender, met inbegrip van de wijze waarop de eigen identiteit gepresenteerd en geconstrueerd wordt
- leeftijd
- nationaliteit, geboorteplaats en juridisch statuut (gezien de toegang tot de zorg mede hierdoor bepaald wordt)
- socio-economische situatie (opleiding, beroep, inkomen, huisvesting,...)
- identiteitsvorming, waaronder: de perceptie van de eigen identiteit, gevoelens van verscheurdheid, isolement en eenzaamheid, het verlies van communicatiemogelijkheden en ankerpunten, het acculturatieproces, twijfels om al dan niet een nieuw leven op te bouwen in het gastland,...
- familiale context: goedkeuring van de migratie, positie van de vader, beroep doen op verantwoordelijkheid van de kinderen, cultureel en/of generatieconflict,...
- culturele achtergrond: oorspronkelijke cultuur, voorafgaande kennis van of het leren kennen van de taal, gewoontes en waarden van het gastland, impact van traditie op het functioneren van de groep van oorsprong,...
- beschikbare socio-economische hulpbronnen: toegang tot allerlei diensten en voorzieningen (o.a. administratieve diensten, zorg en hulpverlening, sociale zekerheid), angst voor controle, discriminatie,...
- socio-politieke context: conflicten in het land van herkomst, ervaringen van racisme en xenofobie, devalorisatie van de oorspronkelijke taal en cultuur, houding van het gastland ten aanzien van migranten,....

Afsluitend willen we nog even de nadruk leggen op het gegeven dat bovenstaande risicofactoren ook even goed als **beschermende factoren** kunnen beschouwd worden. Dit zijn dan factoren die ervoor zorgen dat het ontstaan van druggebruik/-problemen tegengegaan wordt. Alle hierboven beschreven factoren kunnen dus zowel een risicofactor als een beschermende factor zijn. In de literatuur worden hierbij met betrekking tot druggebruik en -problemen bij etnisch-culturele minderheden expliciet volgende factoren als belangrijke beschermende factoren

aangegeven: sterke cohesie van etnische subculturen, sterke religieuze of politieke overtuigingen en het hebben van een uitgebreidere familie met vaak ook sterkere familiale banden als mogelijk ondersteunend sociaal netwerk (Haasen et al., 2001).

“Het is onze religie die mensen overtuigt niet te gebruiken. Wie zich concentreert op God, zal niet in de verleiding komen om drugs te gebruiken” (interview sleutelfiguur).

2.4.2.2 De Frans- en Spaanstalige gebieden

1) Het migratietraject als oorzaak van psychisch lijden

Heel wat sleutelfiguren geven aan dat migratie talrijke elementen van ernstig lijden kan veroorzaken, zoals ontworteling, verscheurdheid, verlies van ankerpunten, enzovoort.

“Cet éloignement, notamment des morts, entraînent de véritables brisures, et on voit que ces familles se referment et forment des ghettos. Et les enfants deviennent véritablement la mère-patrie, le sol sur lequel on s’appuie. On ne peut pas s’en éloigner, parce que s’éloigner, c’est se perdre à jamais. Et ils vivent dans la maison d’à-côté, l’appartement du dessus, dans quelque chose de quasiment incestueux. (...) Il y a eu tellement de déchirures, de blessures, de ruptures, de gens qu’on n’a jamais revus. Et on sait bien que les personnes de première ou de deuxième génération paient un coût terrible (...) Et dans ces conditions, comment faire partir l’enfant de la famille ? L’emprise des parents sur les enfants peut parfois être très forte” (interview sleutelfiguur).

Deze familiale situatie wordt bovendien nog extra bezwaard door de vaak moeilijke situatie van de vaderfiguur in het gezin, vooral waar het zijn werksituatie betreft:

“Mes patients de 20 ans n’ont jamais vu travailler leurs parents, et leurs grands-parents ont travaillé pendant 10 ou 20 ans, puis ça s’est arrêté. Et donc, il y a un discrédit du travail, les parents ont été humilié, parce qu’ils sont des laissés-pour-compte, ce sont des surplus, on les a parqués dans des cités de relégation. Le vécu familial et migratoire complexifie donc le travail que peut initier un thérapeute avec une famille issue de l’immigration” (interview sleutelfiguur).

Een andere sleutelfiguur geeft echter aan dat de familiale problematiek niet noodzakelijk zo verschillend is tussen cliënten uit etnisch-culturele minderheden en het overige deel van de cliëntenpopulatie. Dit wordt nog versterkt door een andere sleutelfiguur die benadrukt dat dit gegeven slechts één van de vele elementen is die de familiale problematiek beïnvloeden: als het gegeven ‘cultuur’ bijvoorbeeld de vaderlijke autoriteit beïnvloedt, blijft hoe dan ook de problematiek zelf gelijk lopend voor alle families. Cultuur en migratie-ervaringen beïnvloeden dus niet de essentie van het probleem – die gelijk is voor iedereen – ze versterkt of vermindert gewoon een aantal aspecten:

“(Nous,) on n’a pas dans l’idée que la dimension culturelle excède toutes les dimensions. On a plutôt dans l’idée que la dimension culturelle est une dimension parmi d’autres. Et il y a d’autres logiques à l’œuvre que la dimension culturelle. Notre point de vue, c’est... On va s’intéresser à qu’est-ce que (sic) les gens traitent avec la drogue... (...) Donc, on a affaire à des gros problèmes, des ruptures très radicales dans le lien social, mais où je ne vois pas de différences selon les cultures. (...) Encore une fois, je ne dis pas qu’on ne prend pas la culture en compte, mais le problème auquel on a à faire dépasse, est transculturel. Il y a quelque chose qui se passe pour le maghrébin, le roumain, etc. (...) Les déclinaisons du problème peuvent être différentes parce que le père maghrébin a une position plus tyrannique, mais on va pouvoir retrouver la même tyrannie chez le père des marolles” (interview sleutelfiguur).

Migratie is dus niet intrinsiek verbonden met psychisch lijden. Maar het moment dat het psychisch lijden zich in het migratieproces inschrijft, kan migratie wel de bedding zijn voor de ontwikkeling van drugafhankelijkheid (Jung, 2002). Het is daarom noodzakelijk om de ‘trajecten’ van migranten die psychisch lijden teweeg brengen te bestuderen. ‘Traject’ kan hierbij omschreven worden als:

“Processus au cours duquel le candidat à l’immigration expérimente différentes étapes, certaines intérieures, d’autres extérieures (repli identitaire, dépression, nostalgie, mythe de retour, etc.). Les modalités de réaction du migrant à chacune de ces étapes dépendront pour beaucoup, non seulement de son niveau d’instruction, de sa connaissance préalable de la langue du pays d’accueil et de ses habitudes, mais aussi, et surtout, de l’impact de la tradition dans le fonctionnement de son groupe d’origine” (Aouattah, 2003).

Om het eventuele psychisch lijden veroorzaakt door het migratietraject te kunnen bespreken, dienen we te vertrekken van het centrale ‘subject’ van deze trajecten, de migrant. Heel vaak gaat het hier om jonge mensen, op zoek naar een leefbare sociale situatie. Zijn migratieproject zal, aldus sommige auteurs (Aouattah, 2003; Jung, 2002; Panunzi-Roger, 2005), een *voorlopig* karakter bekleden, gezien velen plannen om na een kort dan wel lang verblijf in het buitenland terug te keren naar huis. Dit voorlopige karakter zorgt er echter voor dat de

migrant niet start met zijn rouwproces naar aanleiding van het verlies van zijn ‘roots’, waardoor hij heen en weer geslingerd wordt tussen enerzijds de aantrekking om een nieuw leven te creëren en anderzijds het verbod vanuit de etnisch-culturele gemeenschap om dit te gaan doen. Dit leidt tot gevoelens van ontworteling, verlies, eenzaamheid en angst (Aouattah, 2003; Jung, 2002; Panunzi-Roger, 2005). Problemen op het vlak van werk, discriminatie (met name met betrekking tot de toegang tot wonen, tot werk, bij administratieve diensten,...) en intrafamiliale conflicten zijn dan ook de meest terugkerende klachten bij migranten die zich tot de geestelijke gezondheidszorg wenden (Lurbe, 2005). Uiteindelijk zal de migrant zijn communicatievaardigheden verliezen vanaf het moment dat hij geconfronteerd wordt met nieuwe gedragingen, relationele codes, een nieuw tijd- en ruimtegebruik, een andere taal, andere culturele waarden, enzovoort (Aouattah, 2003; Panunzi-Roger, 2005). Dit zal voor gevolg hebben dat migrantenouders hun ankerpunten en hun plaats in de samenleving verliezen. Hun gezondheidsnoden worden dan ook door nieuwe moeilijkheden geherdefinieerd en worden ondergeschikt aan de problemen op het vlak van werk en van een minimaal sociaal statuut. Dit alles leidt tot het verlies van hun zingeving en het ontstaan van angstgerelateerde problemen (angst, gevoelens van achterdocht, depressieve symptomen), waardoor er vermijdingsgedrag ontstaat of afstand genomen wordt van sociale rechten en de beschikbare maatschappelijke zorg- en dienstverlening (Aouattah, 2003; Bertolloto & Joubert, 1997; Jung, 2002; Panunzi-Roger, 2005).

Ook in het hart van de familie zelf zullen de relaties veranderen: de vader kan sterk gedevaloriseerd worden en de moeder kan sterk geïsoleerd raken waarbij ze zich terugplooit op de relatie met haar kinderen. Hierdoor wordt de autoriteit van de vader ten aanzien van de kinderen nog sterker aangetast. Het kind wordt bovendien de link tussen zijn familie en het gastland, waardoor het een belangrijke machtspositie verwerft (Jung, 2004). Het is ook via het kind dat de migrantenouder zich ervan bewust wordt dat hij in het gastland is en er ook zal blijven en via het kind zal tevens de scheiding tussen de oorspronkelijke cultuur en de cultuur van het gastland steeds duidelijker worden. Dit leidt ertoe dat de verantwoordelijkheid voor het slagen van het migratieproject op de schouders van het kind terecht kan komen (Aouattah, 2003; Jung, 2002). De ouders, die blijven vasthangen aan het vooropgestelde ideaal van een terugkeer naar het land van herkomst, eisen van hun kinderen een absoluut respect voor de regels van hun oorspronkelijke cultuur, terwijl ze tegelijkertijd van hun kinderen vragen zich in het gastland te integreren (Aouattah, 2003; Jung, 2004). Het interioriseren van de familiale waarden zal dus niet erg efficiënt zijn, gezien deze vaak conflicteren met de normen van het gastland, waardoor er zowel een cultureel als een generationeel conflict dreigt te ontstaan wanneer de vader in een reflex de originele normen nog verstrakt (Aouattah, 2003; Panunzi-Roger, 2005). Dit latente conflict, samen met het tegengestelde gebod, de ouderlijke stilte, de devalorisatie van de taal en van de oorspronkelijke cultuur (en dus van de ouders zelf), de ervaringen van racisme en het minderwaardige sociale statuut van de (vaak zelfs werkloze) ouders, kunnen aanleiding geven tot segregatie en het mislukken van de migrantenkinderen (Jung, 2004; Panunzi-Roger, 2005).

Niettemin kan de adolescent, hoewel zwevend tussen twee verschillende culturen en lijdend onder een stijgend aantal verschillende referentie- en ankerpunten, toch een zeker evenwicht trachten te vinden. Dit evenwicht kan broos zijn, waarbij hij tussen beide culturen zweeft, maar kan ook erg stabiel zijn als hij net steun vindt in die beide culturen om zijn persoonlijkheid op te bouwen en beide kanten te integreren (Jung, 2002). Deze verschillende nuances kunnen binnen één generatie vaak waargenomen worden, ook omdat generaties zich soms over 25 jaar uitspreiden, waarbij de oudsten op meer traditionele manier zijn opgevoed in vergelijking met de jongste leden van dezelfde generatie (Panunzi-Roger, 2005).

2) Migratie-ervaringen en hun mogelijke invloed op gezondheid

Uiteraard is het niet zo dat migratie steeds een negatieve ervaring is: zo kunnen we bijvoorbeeld migratie uit Noord-Afrika omwille van economische redenen moeilijk vergelijken met professionele mobiliteit binnen de Europese Unie. Hoe dan ook beïnvloeden migratie-ervaringen de gezondheid – volgens het Charter van Ottawa gedefinieerd als “*état de complet bien-être physique, mental et social*” (ASBL Santé, Communauté, Participation, 2000) – zowel in positieve als negatieve zin. In elk geval blijkt dat bepaalde groepen van etnisch-culturele minderheden in België, zoals de Italiaanse, Marokkaanse en Turkse gemeenschappen (personen met één van deze nationaliteiten en/of in één van deze landen geboren), die de belangrijkste landen van herkomst vormen en historisch vooral gegroeid zijn vanuit een fenomeen van arbeidsmigratie, globaal gezien een minder goede gezondheidstoestand hebben dan de algemene populatie. Dit gegeven kan vooral verklaard worden door factoren die gezondheid rechtstreeks sterk beïnvloeden, zoals een zware job, identiteitsproblemen of een slechte sociaal-economische status (Martiniello & Vranken, 2006).

Specifiek met betrekking tot etnisch-culturele minderheden kunnen volgende determinerende factoren gerelateerd aan hun gezondheid aangegeven worden:

- de context waarin het migratieproject werd geconstrueerd en het migratieproces zelf

- de werksituatie en in hoeverre die regulier is of niet
- de beschikbare gezondheidsvoorzieningen
- de perceptie van de mogelijke evoluties die een persoon doormaakt
- de familiale situatie en in welke mate die mee zin geeft aan het migratieproces.

Zelfs indien bepaalde van deze factoren gelinkt zijn aan de aard van de verblijfsdocumenten, kan deze juridische status toch niet alles verklaren (OFSP, 2006). Mensen vertonen immers heel uiteenlopende reacties ten aanzien van deze verschillende determinanten. Deze reacties kunnen in een aantal typologieën worden verenigd die voornamelijk bepaald worden door het maatschappelijk contact en door de bewegingsruimte die gebruikt en/of ontwikkeld wordt door de persoon zelf. Volgende typologieën kunnen we terugvinden:

- “voluntaristische” opstelling: de bestaande zorgvoorzieningen worden gebruikt en daarnaast worden ook eigen gezondheidsstrategieën ontwikkeld
- “handelingsgerichte” opstelling: men leunt enkel op de eigen hulpbronnen en er wordt geen gebruik gemaakt van de algemene ondersteuningsstructuren
- “fatalistische” opstelling: er wordt op minimale wijze gebruik gemaakt van de voorzieningen binnen het structurele kader
- “anonieme” opstelling: deze opstelling spitst zich vooral toe op personen wiens asielaanvraag werd afgewezen, van daaruit geen rechten meer hebben op het gebruik van structurele hulpbronnen en ook niet meer de energie kunnen opbrengen om andere gezondheidsstrategieën te ontwikkelen.

Dit alles toont nogmaals duidelijk aan dat individuele factoren een belangrijke element vormen in situaties van onzekerheid en in toegang tot zorg en hulpverlening, zelfs in laagdrempelige voorzieningen (OFSP, 2006; Salvioni, 2002).

2.4.2.3 Globale bevindingen

Indien we de bevindingen uit de Angelsaksische en Romaanse literatuur integreren, komen enkele voorname verklarende factoren aan de oppervlakte. Deze verklarende factoren verwijzen in belangrijke mate naar het migratieproces dat personen behorend tot etnisch-culturele minderheden doormaken wanneer zij zich in een ander land vestigen. Dit migratieproces veroorzaakt immers niet zelden psychisch onwelzijn. In dat geval zou druggebruik kunnen interfereren met het acculturatieproces, de identiteitsvorming, intrafamiliale relaties en de minder goede en onzekere levensomstandigheden in het gastland, al is de richting van dit verband vooralsnog onduidelijk. Andere auteurs wijzen erop dat de oorsprong van druggebruik ook teruggevonden kan worden in het land van herkomst. Met betrekking tot het zorggebruik worden diverse factoren vooropgesteld die van invloed zijn op de houding van etnisch-culturele minderheden ten aanzien van geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Deze factoren zouden voornamelijk individueel gedetermineerd worden.

2.5 ZORGTRAJECTEN VAN ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN BINNEN DE VERSLAVINGSZORG

Het centrale thema van dit onderzoeksproject focust op de zorgtrajecten die etnisch-culturele minderheden volgen binnen de verslavingszorg. We bespreken dit thema eerst vanuit de literatuur – waarbij we opnieuw het onderscheid tussen de Nederlandstalig-Engelstalige literatuur enerzijds en de Spaanstalige-Franstalige literatuur anderzijds hanteren – en stellen de vraag of er inderdaad in eerdere studies reeds werd aangetoond dat etnisch-culturele minderheden andere zorgtrajecten volgen binnen de drughulpverlening in vergelijking met het overige deel van de populatie en over welke mogelijke verschillen het hier dan gaat.

2.5.1 DE NEDERLANDS- EN ENGELSTALIGE GEBIEDEN

Veel auteurs ondersteunen de stelling dat druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden ondervertegenwoordigd zijn binnen de drughulpverlening (Kahn, 2004) en dit zowel in de ambulante als de residentiële verslavingszorg (Ashruf & van der Eijnden, 1996; Braam et al., 1998; De Leon et al., 1993; Eland & Rigter, 2001; Haasen et al., 2001; Vandeveld & Vanderplasschen, 2000). Bovendien zouden allochtone druggebruikers ook, wanneer zij alsnog instromen, sneller uitstromen (zie o.m. Ashruf & van der Eijnden, 1996; Braam et al., 1998; Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001; Finn, 1994, 1996; Fountain et al., 2002; Jackson, 1996; Longshore et al., 1993, 1997, 1999; Passos et al. 2000; Reid et al., 2001; Schneider, 2001; Tjaden et al., 2001; Verdurmen et al., 2003, 2004; Vrieling, 2000), hoewel niet alle auteurs het hiermee eens zijn (zie o.m. O’Sullivan et al., 1999 in: Crowley & Simmons, 1992; Snowden et al., 1989 in: Crowley & Simmons, 1992). Ten derde zou de aard van het zorgaanbod binnen de drughulpverlening waarin mensen uit etnisch-culturele minderheden terecht komen anders zijn (bv. een meer medisch georiënteerd hulpverleningsaanbod),

waarbij sommige auteurs bovendien verschillen tussen de nationaliteiten vaststellen wat betreft zorggebruik (Braam et al., 1998; Gerstein et al., 1994 in: Argeriou & Daley, 1997).

In wat volgt geven we, voor zover voorhanden, een overzicht van de bevindingen uit internationale studies met betrekking tot het zorggebruik en de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg, aangevuld met informatie verkregen uit de explorerende gesprekken.

Studies bij etnisch-culturele minderheden in Amerika geven volgende bevindingen: vooreerst wordt gesteld dat African-American druggebruikers minder gauw behandeling zouden krijgen voor hun drugproblemen in vergelijking met blanke gebruikers (Longshore et al., 1999). Een Amerikaanse studie van Mojtabai (2005) naar het zorggebruik bij alcohol- en druggebruikers (nagaan van het gebruik van ambulante diensten geestelijke gezondheidszorg versus ambulante diensten voor gespecialiseerde drughulp) geeft aan dat er geen verschillen zijn tussen de diverse etnische groepen (blanken, Hispanics, Black-Americans en andere) wat betreft het gebruik van gespecialiseerde drughulpvoorzieningen; Black-Americans zouden wel minder gebruik maken van diensten binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg. Deze laatste bevinding is in tegenstelling tot het onderzoek van Wells, Hough, Golding en Burnam (1987) waaruit blijkt dat African-Americans algemeen gezien meer gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen en dan vooral van voorzieningen en diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Een studie van Argeriou en Daley (1997) bij zwangere druggebruikende vrouwen in Amerika geeft aan dat Hispanic en African-American vrouwen minder gebruik maken van voorzieningen (zowel ambulante als residentiële) uit de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met blanke vrouwen. Er waren daarentegen geen verschillen tussen de drie groepen in de medische hospitalisaties. Betreffende het gebruik van gespecialiseerde drughulpverlening was er in deze studie een opvallend onderscheid in de voorkeuren van de drie groepen: African-American vrouwen verkiezen twee keer zo vaak residentiële drughulpverlening in vergelijking met Hispanic en blanke vrouwen. Deze bevinding ligt in de lijn van andere studies (Gerstein et al., 1994 in: Argeriou & Daley, 1997) en kan wellicht mede gelinkt worden aan de voorkeur van bepaalde minderheden voor bepaalde drugs (cf. supra).

Estrada en collega's (1990) geven aan dat Mexican-Americans minder gebruik zouden maken van alle gezondheidsvoorzieningen, terwijl volgens Sue en collega's (1994) Asian-Americans dan weer vlugger dan andere etnisch-culturele minderheden gebruik zouden maken van voorzieningen specifiek gericht op bepaalde groepen van etnisch-culturele minderheden eerder dan de reguliere hulpverlening. Deze groep zou ook eerder ambulante hulpverlening krijgen, maar die hulpverlening ook vlugger verlaten, ondanks het feit dat zij meer melding maken van diverse problemen (Zane, Enomoto & Chun, 1994).

Uit een studie van Guyette (1982) ten slotte blijkt dat native Americans (Indians) minder goede resultaten hebben in de drughulpverlening in vergelijking met cliënten uit de blanke meerderheid.

Ondanks een hogere prevalentie van drugverslaving bij migrantenpopulaties in Duitsland (Haasen et al., 2001) zouden zij toch ondervetegenwoordigd zijn in zowel ambulante als residentiële hulpverlening (Haasen et al., 1997; Haasen, 1997 in: Haasen et al., 2001), wat wijst op het bestaan van barrières voor verslaafde migranten in het gebruik van behandelafaciliteiten (Haasen et al., 2001).

Dezelfde bevindingen vinden we ook terug in Nederlands onderzoek, waar, ondanks de hogere geschatte prevalentie van etnisch-culturele minderheden onder druggebruikers, zij ondervetegenwoordigd zijn in residentiële behandelcentra (Eland-Goossensen et al., 1998) en er een hogere drop-out is bij deze doelgroepen in de ambulante drugbehandeling (Vrieling et al., 2000).

De studie van Verdurmen et al. (2004) geeft een aantal belangrijke onderzoeksbevindingen met betrekking tot het zorggebruik en zorgtraject van etnisch-culturele minderheden in Nederland: zo is er een hogere drop-out van Turkse en Marokkaanse druggebruikers uit methadonprogramma's in vergelijking met Nederlandse cliënten en is het 'aantal dagen in behandeling' ook lager bij Turkse en Marokkaanse cliënten in vergelijking met Nederlandse. Ook van residentiële programma's wordt significant minder gebruik gemaakt door Marokkaanse en Turkse cliënten in vergelijking met Nederlandse druggebruikers.

Sleutelfiguren uit de Vlaamse hulpverleningsorganisaties (methadonverstrekking, straathoekwerk, ambulante en residentiële hulpverlening) bevestigen de ondervetegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. Sommige populaties zijn zelfs (bijna) niet vertegenwoordigd binnen de hulpverleningsorganisaties. Verschillende sleutelfiguren verwijzen in dit kader naar de algemene afwezigheid van Afrikaanse cliënten in hun programma's. De aanwezigheid van andere populaties, zoals specifieke groepen Oost-Europese druggebruikers, kenmerkt zich dan weer door golfbewegingen.

“Vorig jaar kregen we een hele hoop cliënten over de vloer, Oost-Europeanen, uit deze zelfde regio van Gent, maar na een tijdje verdwenen ze en hadden we bijna geen Oost-Europese cliënten meer” (interview sleutelfiguur).

Ook de kwantitatief twee grootste allochtonenpopulaties in België, de Turkse en de Marokkaanse gemeenschap, zijn, aldus de sleutelfiguren, ondervertegenwoordigd binnen de drughulpverlening.

Het is hierbij uiterst belangrijk te benadrukken dat het niet alleen de drughulpverlening is waar er barrières zijn die de toegang voor etnisch-culturele minderheden beperken; ook ‘reguliere’ voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg blijken duidelijk minder vaak gebruikt te worden door cliënten uit etnisch-culturele minderheden in vergelijking met de algemene populatie (zie bv. Allard, Tolman & Rosen, 2003). Hoewel de thematiek ietwat verschilt van deze van voorliggende studie, kunnen onderzoeken ter zake inzichten opleveren in het trajectverloop van etnisch-culturele minderheden en in potentiële achterliggende mechanismen die dit verloop verschillend maken van de trajecten van het overige gedeelte van de cliëntenpopulatie. We willen hierbij zeker het onderzoek van Lodewyckx en collega’s (2005) vermelden die een studie uitvoerden naar de zorgtrajecten van allochtone en autochtone jongeren met psychische en gedragsproblemen in Vlaanderen. Lodewyckx en collegae onderzochten de veronderstelling dat allochtone jongeren met gedrags- en/of psychische problemen moeilijker toegang krijgen tot de jeugdhulpverlening en welzijnscentra en eerder oververtegenwoordigd zijn in repressieve en penitentiaire diensten.

Hun bevindingen wijzen erop dat allochtone jongeren in het merendeel van de gevallen toegeleid worden tot de hulpverlening op basis van een “als misdrijf omschrijven feit”, wat de auteurs doet besluiten dat de achterliggende problemen bij deze jongeren laattijdig gedetecteerd worden. Bovendien krijgen deze jongeren andere maatregelen opgelegd dan autochtone jongeren, veelal van gedwongen aard. Niettemin blijken allochtone jongeren en hun gezinnen wel bereid tot vrijwillige hulp, al zetten zij zelf moeilijk de stap daartoe. Inzake problemen gerelateerd aan middelengebruik stelt deze studie vast dat deze even vaak voorkomen in beide groepen.

Dit alles wijst erop dat jongeren behorend tot etnisch-culturele minderheden laattijdig instappen in het hulpverleningscircuit en dientengevolge vrij wel direct te maken krijgen met gedwongen hulpverlening. Dientengevolge blijkt er een ondervertegenwoordiging te zijn van allochtone jongeren in de voorzieningen binnen de vrijwillige geestelijke gezondheidszorg, terwijl ze sterk oververtegenwoordigd zijn in voorzieningen binnen de gedwongen hulpverlening. Besluitend kunnen we stellen dat ook in de jeugdhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg verschillende trajecten naar en binnen de hulpverlening vastgesteld kunnen worden tussen cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid en het overige deel van de cliëntenpopulatie.

2.5.2 DE FRANS- EN SPAANSTALIGE GEBIEDEN

2.5.2.1 De toegang tot de hulpverlening

Psychisch lijden blijkt bij migranten één van de levensgebieden te zijn die het moeilijkst aangepaste zorg krijgen of het moeilijkst op te lossen zijn, mede door de barrières die de toegang tot de hulpverlening voor deze doelgroepen belemmeren (Bertolotto & Joubert, 1997; Fassin, 1999). Specifiek wat betreft de hulpverlening aan cliënten met drugproblemen geeft een aantal auteurs aan dat etnisch-culturele minderheden eerder ondervertegenwoordigd zijn in de gespecialiseerde drughulpverlening (Kahn, 2004), waar andere auteurs aangeven dat etnisch-culturele minderheden inderdaad ondervertegenwoordigd zijn in bepaalde types van hulpverlening, maar in andere soorten zorg dan weer oververtegenwoordigd zijn (Berthelie, 1999).

In elk geval lijken etnisch-culturele minderheden meer barrières te ondervinden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg in vergelijking met de algemene populatie. Zo zien we bijvoorbeeld in Frankrijk dat hoewel het sociale zekerheidssysteem toelaat dat elke persoon verzorgd wordt, etnisch-culturele minderheden toch het grootste aandeel van de gebruikers van kosteloze zorgverstrekkingen bedragen. Bovendien tonen de studies van INSEE (het Franse ‘Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques’) en CREDES (het studiebureau ‘Consultance en Santé Publique’) aan dat de consumptie van medische zorgen – zowel algemene als specifieke medische zorg, zoals tandverzorging – duidelijk lager ligt bij etnisch-culturele minderheden in vergelijking met het overige deel van de populatie (Fassin, 1998). Er ontstaat op die manier een tweedeling in de zorg, waarbij er aan de ene kant een ‘universalistische’ zorgverlening bestaat voor burgers die over alle rechten beschikken en aan de andere kant een ‘humanitaire’ zorg, die er vooral op gericht is om personen te helpen die moeilijk toegang hebben tot de gezondheidszorg en bij wie ziekte en problemen vooral lijken voor te vloeien uit een onrechtvaardige levenssituatie (Lurbe, 2005).

De problemen met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg voor etnisch-culturele minderheden kunnen volgens Bertolotto en Joubert (1997) in drie types/drie niveaus onderverdeeld worden:

- burgerschap (recht op gezondheidszorg)

- toegankelijkheid (economisch, onbekendheid met de eigen rechten, moedeloosheid, doorverwijzing naar gespecialiseerde structuren voor “migranten”)
- de openheid om naar etnisch-culturele minderheden in de hulpverlening te “luisteren” (taal en communicatie, beschikbaarheid van professionelen).

Ten slotte willen we nog in algemene zin even terugkeren op de barrières intrinsiek aan elk hulpverleningsaanbod zoals benadrukt door één van de geïnterviewde sleutelfiguren:

“Toutes les institutions ou les offres de soins, ont un certain seuil. Pour chaque offre de soins, on peut se demander ‘quel est son degré d’ouverture ?’. (...) Le seuil, c’est tout le contexte d’une offre qui va permettre à un public d’adhérer à cette offre de soins. C’est à la fois la manière dont on est reçus, c’est la manière dont on est questionné, c’est qu’est-ce qu’on va mettre en avant, c’est le lieu où l’on reçoit... Ca veut dire que s’il est marqué, sur votre seuil, ‘psychiatrie’ en blocs de marbre sur 6m de large, je pense qu’il y a toute une série de personnes qui se disent ‘je ne suis pas fou’. Dans notre institution, on a fait le choix, il n’est pas marqué ‘toxicomanie’, etc.. Tout ça fait partie du seuil, le quartier où on est, le personnel qui travaille, l’origine du personnel, comment il s’exprime, comment il s’habille – en blouse blanche ? Est-ce qu’on reçoit en bureau ? A quelle heure ? Dans quel délai ? (...) La manière dont on va recevoir les gens : un court entretien, un séjour à l’hôpital... Chaque offre entraîne une certaine sélection du public, et tout le monde ne peut s’y retrouver” (interview sleutelfiguur).

2.5.2.2 Het concept zorgtraject

Naast de bovenstaande informatie uit de Spaanstalige-Franstalige literatuur omtrent de gevolgde zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening wordt er in deze literatuur ook heel wat aandacht gevraagd voor het concept van ‘**zorgtrajecten**’ zelf. Gezien de nadruk hierop in de literatuur vinden we het belangrijk hierbij ook even stil te staan in deze situatieschets van de probleemstelling.

Voor eerst is het essentieel om het concept ‘zorgtrajecten’ beter te begrijpen. Dit concept lijkt vrij ingewikkeld, des te meer daar er in relatie tot druggebruik geen hegemonisch standpunt bestaat en artsen, rechtsgeleerden, onderzoekers, de publieke opinie en druggebruikers over eigen beoordelingscategorieën beschikken die zich op verschillende niveaus bewegen (Milhet, 2003). Niettemin is het standpunt van de druggebruikers net zo beslissend als dat van de professionelen en staat het centraal in dit onderzoek dat zich buigt over hun zorgtrajecten en daarbij gebruik maakt van hun getuigenissen. Dit perspectief benadrukt derhalve dat men hier de druggebruikende personen beschouwt als actor, wat aangaande ‘drugverslaving’ (het gebruik van de term ‘druggebruik’ is niet onschuldig) niet steeds het geval is! Het is immers vaak moeilijk om af te wijken van de idee dat de druggebruiker beschouwd wordt als buiten de normen staand, delinquent, ziek, diepgaand gekenmerkt door diens ziektes en zwaktes, enzovoort. Het is duidelijk dat de fragiliteit en de negatieve effecten van drugs bepaalde gebruikers kunnen tekenen, bijvoorbeeld door het verlies van zelfcontrole. Nochtans lijken de verhoudingen tussen het gebruik van drugs enerzijds en ziekte of delinquentie anderzijds verre van eenduidig te zijn en blijken de individuele trajecten vaak niet te stroken met de schijnbaar onvermijdelijke evolutie van escallatie van het verbruik en de afhankelijkheid. De druggebruikers blijven actoren die in staat zijn eigen keuzes te maken (Milhet, 2003), wat de trajecten nog complexer maakt. Het is dus noodzakelijk om garanties te verlenen inzake het hertekenen van genuanceerde trajecten.

Net zoals de migratie-ervaring op zich, wordt de toegang tot de hulpverlening steeds meer bestudeerd via het concept van ‘trajecten’, wat het mogelijk maakt om naar de evoluties van de ziekte en de hele organisatie die rond de ziekte wordt ontplooid, te refereren. Op die manier laat dit concept een ‘sociologische vrees’ toe met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid, zo vermijndend dat onderzoekers zich insluiten in het perspectief van professionele zorgverstrekkers. Maar bovendien laat het concept van ‘trajecten’ toe om op analytische wijze een ordening te maken van de enorme afwisseling van de gebeurtenissen die “spelenderwijs” de hulpverlening binnendringen. Daarnaast kan het concept van zorgtrajecten rekening houden met het feit dat meerdere betrokkenen, zoals de professionele zorgverstrekkers, maar evenzeer verwanten van de persoon en natuurlijk ook de persoon zelf, hun keuze tussen verschillende mogelijke opties kunnen afwegen en dat deze verschillende entiteiten zich tegen elkaar kunnen afzetten dan wel overleggen. Ten slotte laat het concept ‘traject’ toe dat het zieketraject en het effect van de interventies in rekening gebracht worden. De evolutie in de organisatie van deze taken zal dus geanalyseerd kunnen worden, aangezien een cliënt die zich in een voorziening bevindt waarvan de ‘vorm’ hem niet goed ligt zijn zorgtraject zal kunnen veranderen door een keuze voor alternatieve zorgen (Strauss, 1992).

Gezien deze trajecten zich uitstrekken doorheen de tijd, bestaan ze uit verschillende fases die bepaald worden door de keuzes voor uit te voeren taken. Het problematisch karakter van bepaalde trajecten, de meervoudigheid

en diversiteit van de taken alsook de organisatie van deze taken stellen ons in staat rekening te houden met de complexiteit van de therapeutische actie (Strauss, 1992). Deze opeenvolging van fases of etapes vinden we ook terug bij andere auteurs, waaronder bij Lalive d'Épinay die de etape definieert als:

“door een relatief tijdelijke duur en stabiliteit van zijn hoofdkenmerken, door zijn inschrijving in de menselijke ontwikkeling die een zeker verloop kent, alsmede door zijn algemeenheid (in de zin dat de individuen een sterke waarschijnlijkheid hebben om de in acht genomen etape te doorlopen)” (Lalive d'Épinay et al., 2005, p. 198).

Ten slotte dient benadrukt dat indien het ziekte-traject en het zorgtraject verward raken dit uiteraard ook geldt voor de zorgen in verband met druggebruik. Om rekening te houden met de zorgtrajecten van druggebruikers is het daarom essentieel om in dit traject de eigenheid van het individu te introduceren, gezien dit het verloop inzake druggebruik en zorggebruik kan verklaren (Baumann, 2001).

Het concept 'traject' heeft dus meerdere voordelen om de hulpverlening bij druggebruik te bestuderen en om rekening te houden met het niet-gebruik van zorgen alsook het gebruik van alternatieve zorgen (Conrad, 1987 in: Vignes, 2007), hetgeen een onbetwistbaar voordeel biedt om afstand ten opzichte van de hulpverlening of de klassieke hulpverlening mee in rekening te brengen.

Het concept 'traject' zal het dus mogelijk maken om rekening te houden met de **evoluties** bij enerzijds het individu zelf en anderzijds zijn drug- en zorggebruik. Daarnaast laat dit concept toe de **nuances** bij deze trajecten mee in rekening te brengen, gezien meestal meerdere drugs gebruikt worden en ook beroep wordt gedaan op meerdere hulpverleningsvormen, naargelang iemands geschiedenis en evolutie. Zo kan iemand het traject volledig buiten de hulpverlening inschrijven op een bepaald moment in zijn leven en zich later inschrijven in een substitutionele context of zelfs een drugvrije context, om zich nog later te situeren buiten de klassieke hulpverlening en eerder hulp te zoeken binnen zijn familiale context. Kortom, het traject kan bestaan uit een opeenvolging van zorgen, niet noodzakelijkerwijs 'gespecialiseerd' maar 'zin- en zorg'-biedend aan de persoon op een bepaald moment in diens leven.

Het derde voordeel van het gebruik van het concept 'traject' binnen de problematiek van hulpverlening aan druggebruikers is de mogelijkheid om rekening te houden met de potentiële **veelheid aan zorgen**, wanneer de cliënt bijvoorbeeld simultaan gebruik maakt van een spuitenruilprogramma, ambulante begeleiding in een medisch-sociaal opvangcentrum of een dagcentrum.

Het concept 'traject' kan derhalve rekening houden met 1) de evolutie, 2) de diversiteit en 3) de veelheid aan zorgen waarvan de druggebruiker eventueel gebruik maakt.

Bepaalde auteurs waarderen het na te denken over specifieke trajecten (Vignes, 2007) zoals – wat ook het object van deze studie is – het zorgtraject gelieerd aan het druggebruik zoals waargenomen door de hulpverlening. Evenwel kunnen wij aan deze benadering toeschrijven dat ze toelaat om de vage, subjectieve categorieën van zorg, zorgverstrekkers, druggebruik en zelfs drugs te definiëren. Nog radicaler gesteld kan het zorgtraject verbonden aan het druggebruik niet enkel bestudeerd worden via het bekijken van de gebruikstrajecten, gezien deze intrinsiek verbonden zijn met het levenstraject van een individu: de sequentiepunten tussen twee etappes in het traject kunnen op hun beurt verbonden zijn met de persoonlijke levensgeschiedenis van een persoon. Zo kan bijvoorbeeld een echtscheiding een devaluatie van de sociale levenssituatie tot gevolg hebben, wat op zijn beurt kan leiden tot een versterkt druggebruik en een vervreemding van de zorgstructuren van de drughulpverlening. Omgekeerd – om eenduidige analyses te vermijden – kan een echtscheiding even goed leiden tot het verminderen of zelfs stoppen van het druggebruik en het zetten van de stap naar de hulpverlening, zoals bijvoorbeeld wanneer er gebroken wordt met een hevig druggebruikende partner.

Er bestaat een veelheid aan sociologische concepten om verstrengeling van de verschillende trajecten van leven, ziekte en zorggebruik te kunnen omlijnen, waaronder 'traject', 'levensweg', 'carrière', 'route', 'biografische lijn', 'investeringslijn',... In het bijzonder zouden 'levensweg' en 'biografische lijn' het mogelijk maken om rekening te houden met de wederzijdse invloeden tussen de verschillende levenssferen, waarbij blijvend openheid wordt vertoond naar de percepties van het individu (Vignes, 2007). Daarom is het noodzakelijk, wanneer wij 'zorgtrajecten gerelateerd aan druggebruik' horen, noodzakelijk in acht te nemen dat dit traject verwijst naar een veelheid aan realiteiten die mogelijk interfereren met het gebruik van drugs en van drughulpverlening.

De gebruiker van drugs en/of van de hulpverlening wordt hier gehoord als een actor die in staat is een keuze te maken uit het hulpverleningsaanbod. Indien wij ons hierdoor heel dicht bij het concept 'route' bevinden zoals ontwikkeld door O. Schmitz (in: Vignes, 2007), distantiëren we ons van het door hem geformuleerde accent op genezing als doel, gezien dit objectief niet sterk ingeschreven wordt in het zorgtraject van de druggebruiker, met name wanneer deze doelstelling niet de zijne is (bv. justitie dwingt hem niet langer drugs te gebruiken) of

wanneer de doelstelling vaag blijft in de tijd (bv. wanneer hij in contact is met een spuitenuilprogramma om zich te voorzien van steriel injectiemateriaal).

We naderen de hypothese van Jeanmart (2005) die stelt dat druggebruikers een hybridisch appel kunnen hebben, waarbij zij controles door de justitiële en gezondheidssector combineren met zelfcontroles. Immers, wij hebben tot objectief het externe appel als negatief te beschouwen en het te laten organiseren door de persoon zelf en/of diens familie, naasten, gemeenschap, enzovoort. Het is dus tot de dynamiek van appels dat wij toegang willen verkrijgen, appels die zich niet tot de klassieke zorgen beperken maar betrekking hebben op alles wat met luisteren, verwelkomen, herbergen, preventie, informatie,... te maken heeft. Het beroep doen op hulp wordt zodoende begrepen als consistent inzake 'diegene die zorg biedt'.

Hoe komen we daartoe? De methode waarvan Jeanmart (2005) gebruik maakt kan zeer interessant zijn, gezien deze bestaat uit het identificeren van de verschillende geraadpleegde hulpbronnen gedurende een periode, startend bij het stellen van de hulpvraag tot op het moment van de eerste afspraak en het in kaart brengen van het onderbreken en heropstarten van de zorg. In concreto worden de appels op de hulpverlening geïnclassificeerd in categorieën, met name de 'externe' appels op medisch, psychologisch, vriendschappelijk, preventief, juridisch/politiek, wonen, sociaal en familiaal vlak, alsook de 'interne' appels, bestaande uit persoonlijke hulpvragen, uit zichzelf geput, het zelfbestuur. Deze categorieën voegen zich bij die van het product, verwijzend naar het gebruik van drugs. Voor elk van deze categorieën verduidelijkt een schema, via een kleurlijn, de periode wanneer het appel op dergelijke categorie actief was en herneemt het geheel van tevoren gedefinieerde categorieën. Zodoende laat dit schema toe de opeenvolgingen maar ook de vermeerderingen van de appels visueel voor te stellen. In de problematiek die ons bezighoudt gaat het niet noodzakelijkerwijs om het gebruiken van exact dezelfde categorieën: we zouden bijvoorbeeld de hypothese kunnen vooropstellen dat een 'culturele' categorie zal moeten toegevoegd worden. Maar dit model kan ons ruim vooruit helpen gezien het tot doel heeft om, in de historische ruimte, de verschillende appels die door of voor een persoon gemobiliseerd zijn te markeren.

2.6 MOGELIJKE VERKLARENDE FACTOREN VOOR DE VERSCHILLEN IN ZORGTRAJECTEN

Er worden in de literatuur heel veel mogelijke verklaringen aangehaald waarom etnisch-culturele minderheden minder gemakkelijk toegang vinden tot de (drug)hulpverlening en/of een ander zorgtraject hebben dan autochtone personen. In wat volgt gaan we in op een aantal mogelijke verklarende factoren dat in de literatuur en door sleutelfiguren wordt aangegeven als mogelijke verklaringen voor deze verschillen. Deze verklarende factoren worden in drie clusters ingedeeld, met name 'praktische barrières', 'culturele factoren' en 'verklarende factoren bij de hulpverlener'. In elke cluster wordt het onderscheid gemaakt tussen de bespreking van deze factoren in de Angelsaksische literatuur en door Nederlandstalige sleutelfiguren enerzijds en de bespreking ervan in de Romaanse literatuur en door Franstalige sleutelfiguren anderzijds.

2.6.1 HET BOTSSEN OP PRAKTISCHE BARRIÈRES

2.6.1.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur

Mensen uit etnisch-culturele minderheden zouden slechts in beperkte mate op de hoogte zijn van het **bestaande hulpverleningsaanbod** en de concrete hulpverleningsorganisaties zijn hen vaak onbekend (Fountain et al., 2002, 2004; Nouroozifar & Zangereh, 2006; Reid et al., 2001), onder meer door de grote verschillen die er zijn tussen het zorgaanbod in het gastland en het – gekende – zorgaanbod in het land van herkomst. Sleutelfiguren geven hier als mogelijke verklaring een gebrekkige informatiestroom naar etnisch-culturele minderheden toe, alsook een mogelijke beperkte interesse bij etnisch-culturele minderheden zelf.

“Ons hulpverleningsaanbod is hen onbekend. Ze weten niet waar naar toe bij problemen. Ze kennen vaak alleen de lokale huisarts of het ziekenhuis als noodoplossing” (interview sleutelfiguur).

Ten tweede vormen **communicatie- en taalmoeilijkheden** belangrijke drempels die de toegang tot de drughulpverlening belemmeren (Grusser et al., 2005; Jerrell & Wilson, 1997; Schneider, 2001; Vandeveld & Vanderplasschen, 2000). Veel allochtonen beheersen de Nederlandse/Franse taal maar beperkt, waardoor informatie moeilijker doorstroomt en de drempel om naar het hulpverleningsaanbod te stappen nog sterk wordt verhoogd. Verschillende onderzoeken hebben dan ook aangetoond dat gezondheidszorggebruikers met beperkte kennis van de gesproken taal zelden gebruik maken van gespecialiseerde diensten (Raylu & Oei, 2004; Stuart et al., 1996).

“Aan de Brugse poort in Gent worden meer dan 114 talen gesproken. Taal is een belangrijke barrière, zij het niet de enige” (interview sleutelfiguur).

Het gebrek aan meertalig personeel en/of het niet ter beschikking zijn van tolken kunnen belangrijke motieven zijn om de drughulpverlening vroegtijdig te verlaten (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001; Ellis, 1999; Jerrell & Wilson, 1997; Rassool, 2006; Reid et al., 2001; Schneider, 2001).

“Enkele jaren geleden hebben wij een Russische psychologe in dienst gehad. Zij fungeerde als wat men nu intercultureel bemiddelaar zou noemen. Door haar hulp werd niet alleen het taalprobleem bij Russische cliënten opgevangen, maar ook een aantal andere culturele barrières. Door deze Russische psychologe konden wij een enorme stijging in Russische cliënten vaststellen” (interview sleutelfiguur).

Bovendien ervaren veel hulpverleners het gebrek aan kennis van de Nederlandse taal als een ernstige belemmering, soms zelfs als uitsluitingcriterium om met deze doelgroep te werken (zie 5.3).

“Allereerst is het essentieel dat onze cliënten voldoende kennis hebben van de Nederlandse taal. Ons programma is zeer verbaal gericht. Taal is een essentieel onderdeel van de behandeling/interventie. Indien een cliënt niet over deze taalvaardigheden beschikt, is er eigenlijk voor hem geen plaats in onze behandeling. Een grondige kennis van het Nederlands is een strikte noodzaak. Oplossingen voor deze barrière bestaan niet, tenzij we de filosofie van ons behandelingsprogramma aanpassen” (interview sleutelfiguur).

Een derde, heel belangrijk element vormt de invloed van **sociaal-economische factoren** (Jackson et al., 1996). De vaak gebrekkige sociaal-economische omstandigheden waarbinnen allochtone druggebruikers leven kunnen de mogelijkheden en motivatie van deze doelgroep in het zoeken naar ondersteuning bij hun drugproblematiek sterk bemoeilijken, te meer daar vaak prioriteit dient gegeven te worden aan deze sociaal-economische problemen, eerder dan aandacht te hebben voor gezondheidsfactoren of meer specifiek de drugproblematiek (Schneider, 2001). Volgens een studie van Rebach (1992) zouden geldproblemen om de behandeling te betalen bij minderheidsgroepen kunnen leiden tot een latere instap in de hulpverlening, wat dan op zijn beurt de slechtere behandelresultaten kan verklaren. Hser, Anglin en Chou (1998), die in hun onderzoek aantonen dat heroïnegebruikers uit een Hispanic etnisch-culturele minderheid slechtere resultaten hebben na methadonbehandeling in vergelijking met blanke gebruikers, wijten deze bevinding aan de lagere sociaal-economische status van Hispanics en hun tekort aan opleidings- en werkvaardigheden, waardoor ze beperkter zijn in het vinden van werk in het reguliere arbeidscircuit.

Concluderend kunnen we met Amaro en collega's (2006) stellen dat een lagere sociaal-economische status en het vaker in contact komen met het gerechtelijk systeem negatieve voorspellers zijn voor behandelresultaten in drughulpverlening.

2.6.1.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur

De toegang tot de reguliere hulpverlening zal moeilijker verlopen voor personen die niet kunnen genieten van de noodzakelijke sociale ondersteuning, onder meer omdat ze aanlopen tegen juridisch-wettelijke barrières met betrekking tot nationaliteitsvoorwaarden of barrières voortvloeiend uit de duur en aard van hun verblijfsdocumenten (Fassin, 1998, 1999; Lubre, 2005; Picozzi, 2004). Bovendien kunnen sociale moeilijkheden zo'n impact hebben dat ze ertoe leiden dat gezondheidsproblemen als niet-prioritair worden beschouwd (Fassin, 1999).

De miskennis van iemands rechten, de ontmoedigingen en het verwijzen naar structuren die gespecialiseerd zijn in 'migranten', maar evenzeer de taal en de economische situatie waarin de persoon in kwestie zich bevindt zijn maar enkele van de elementen die de problemen inzake toegang tot de hulpverlening voor personen van buitenlandse oorsprong bepalen (Bertolotto & Joubert, 1997). Daarnaast kunnen andere elementen eigen aan de 'natuur' van de hulpverlening een moeilijke toegang tot deze hulpverlening tot gevolg hebben. Zo hebben de verkennende interviews ons geleerd dat wanneer toenadering naar de hulpverlening wordt gerealiseerd, dit vaak door de moeder gestuurd wordt in de richting van medische interventies: alle hoop wordt dan gevestigd op de arts van de familie (die bijvoorbeeld antidepressiva zou kunnen voorschrijven gedurende een vrij korte periode) of er wordt geopteerd voor een substitutiebehandeling of eventueel voor een ziekenhuisopname in het kader van ontwenning. Het is echter wel mogelijk dat bij hospitalisaties de ziekenhuisregels in conflict komen met familiale regels:

“Les familles des patients maghrébins comprennent difficilement le sens des hospitalisations. Elles ne comprennent pas le contrat, parce qu'on a un contrat d'hospitalisation, où on demande au patient de ne pas avoir de sortie pendant 10 jours, pas de visites,... Et là, ça pose plus de problèmes pour les familles maghrébines que belges. Parce que ces familles ont plus souvent une relation très fusionnelle et très autoritaire, laissant peu la place au patient, en omettant les règles pour l'hospitalisation, en omettant finalement le projet mis en place” (interview sleutelfiguur).

Het is dus niet zozeer de positie van het personeel ten aanzien van de cliënt die problemen kan opleveren, maar eerder de regels en afspraken verbonden aan de hospitalisatie.

Psychotherapie wordt door de band genomen vaak compleet verworpen door families van Maghrebijnse oorsprong, zeker door families van de eerste generatie. De psychologische opvolging blijft bovendien minder frequent voor culturen die niet gewend zijn aan dit soort werkwijze en wiens voorkeur eerder uitgaat naar een terugkeer naar het land van herkomst (cf. het bestaan van alternatieve zorgen):

“Quand on leur propose un projet, après un sevrage, par exemple un suivi ambulatoire, c’est quelque chose qu’ils ne comprennent pas, qui n’est pas nécessaire, ils ont l’air d’être plus fermés. La famille est présente, après le séjour, le patient se retrouve en famille, ou va passer des vacances à l’étranger. Mais la notion de suivi, de soutien psy est moins importante” (interview sleutelfiguur).

Dit verklaart de indruk van professionelen dat personen behorend tot een etnisch-culturele minderheid later in contact treden met zorgvoorzieningen dan ‘autochtone’ personen:

“J’ai l’impression que ces familles arrivent plus tard en contact avec les institutions de soins” (interview sleutelfiguur).

Twee redenen worden daarvoor aangehaald: Vooreerst wordt gesteld dat psychotherapie ongetwijfeld moeilijk is voor de ouders die er in vraag gesteld kunnen worden, waardoor deze invraagstelling op zich een cultureel beladen gegeven kan vormen:

“Comment reconnaître que son fils a cette difficulté-là ?” (interview sleutelfiguur).

Ten tweede wordt gesteld dat psychotherapie het product is van een maatschappijmodel dat ouders gedurende hun gehele migratiegeschiedenis gestigmatiseerd heeft – verwerping van dit maatschappijmodel impliceert dan ook een verwerping van de psychotherapie:

“S’ils sont fâchés avec la société, ils peuvent être fâchés avec nous, et avec le modèle occidental de la thérapie” (interview sleutelfiguur).

De psychotherapie vormt zodoende bijna steeds de ‘laatste optie’, wat niet verhindert dat de band met de psycholoog per definitie moeilijk is:

“Rendez-vous compte : ces familles ont parfois essayé beaucoup de choses. Et puis, nous, on va réussir ? Quel désaveu ! On serait meilleur que la famille ?” (interview sleutelfiguur).

2.6.2 BARRIÈRES VAN CULTURELE AARD

2.6.2.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur

In de literatuur wordt veel aandacht geschonken aan een aantal ‘culturele’ verklaringen modellen voor het andere, dan wel beperktere zorggebruik door mensen behorend tot etnisch-culturele minderheden. Hierbij wordt vooral op zoek gegaan naar specifieke visies op of percepties van druggebruik en drugproblematiek die binnen één bepaalde ‘cultuur’ (nationaliteit, minderheidsgroep,...) gangbaar zijn en (mede) verklaren waarom etnisch-culturele minderheden een ander of beperkter aandeel hebben in de drughulpverlening.

Zo wordt vooreerst gesteld dat drugs binnen een aantal ‘etnische’ gemeenschappen geassocieerd worden met **gevoelens van schaamte, stigma en gezichtsverlies** (Ashruf & van der Eynden, 1996; Cottew & Oyefeso, 2005; Reid, Crofts & Beyer, 2001). Dit kan leiden tot ‘vermijdingsgedrag’ ten aanzien van het erkennen van het probleem en het zoeken van hulp, gezien het openbaar maken van het problematisch druggebruik of het formeel hulp zoeken een mogelijke afwijzing door de gemeenschap met zich meebrengt (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Fassin, 1999; Nouroozifar & Zangeneh, 2006; Reid et al., 2001; Verdurmen et al., 2003).

“Minderheidsgroepen minimaliseren het drugprobleem vaak ten aanzien van ons. Er was een vrouw die het druggebruik van haar zoon beschreef als een klein cannabisprobleem. Na een volwaardig gesprek bleek deze jongen een zeer zwaar drugsprobleem te hebben” (interview sleutelfiguur).

Een drugprobleem is met andere woorden binnen bepaalde gemeenschappen een onderwerp waar een belangrijk taboe op rust.

“De meest laagdrempelige hulp, is voor allochtonen vaak nog een grote stap” (interview sleutelfiguur).

Kline (1996) stelt dat voornamelijk bij Hispanics dit een zeer centraal gegeven is: men geeft veel minder vlug toe dat er een drugprobleem is om zo te vermijden dat men de persoonlijke integriteit of respect (“*respeto*”) verliest. Maar ook bij andere nationaliteiten en etnische groepen, zoals Chinezen, Vietnamezen en Filippino’s die in Amerika leven, wordt dit gegeven heel duidelijk als mogelijke verklaringsfactor voor een andersoortig en/of beperkter zorggebruik naar voor geschoven (Nemoto et al., 1999). Schaamte over het druggebruik en (angst voor) stigmatisering van druggebruikers door de gemeenschap werden ook vastgesteld in een studie bij druggebruikende Bangladeshi vrouwen in London (Cottew & Oyefeso, 2005). Ook bij Marokkaanse en Turkse druggebruikers belemmeren gevoelens van schaamte de instroom in de drughulpverlening (cf. hoofdstuk 3). Bovendien is het accepteren van hulp meestal een uiting van het toegeven dat er een probleem is, wat door de gemeenschap vaak helemaal niet aanvaard wordt (Ashruf & van der Eynden, 1996).

“Niet alleen het taboe van de drugproblematiek binnen zijn gemeenschap, maar ook de idee dat de allochtone cliënt door zijn drugprobleem zijn familie en gemeenschap ‘ten schande’ brengt, liggen aan de basis van een hogere drop-out” (interview sleutelfiguur).

Zo wordt gesteld dat bij Aziatisch-Indiase families de intergenerationele hiërarchie erg belangrijk is, waarbij de wijsheid van ouders dient gerespecteerd. Diut impliceert dat problemen binnen de muren van de familie dienen te worden opgelost, met ondersteuning van oudere familieleden (Rastogi & Wadhwa, 2006; Reid et al., 2001). Hulpverleners worden dan ook vaak met ambivalentie bekeken, te meer omwille van het schaamtegevoel gerelateerd aan het naar buiten brengen van familiale problemen:

“Taking the problems ‘outside’, would reduce the ‘honor’ of the family” (Rastogi & Wadhwa, 2005, p. 1240).

Ten tweede wordt door een aantal auteurs gesteld dat mensen uit etnisch-culturele minderheden zich **minder snel bewust** zouden zijn van de ernst van de drugproblematiek en wanneer zij zich hiervan bewust zijn, zou de stap naar **probleem(h)erkenning** vaak (te) groot zijn. Zo stellen Longshore en collega's (1993) dat African-Americans en Hispanics meer dan blanken geneigd zijn om te ontkennen dat er sprake is van een drugprobleem, wat er mogelijk op wijst dat er grote barrières zijn waar het gaat om probleemherkenning en de ervaren ernst van het probleem. Kline (1996) stelt dat dit gegeven het duidelijkst is bij Hispanics, vanuit het reeds beschreven gevoel dat het toegeven van een drugprobleem het verlies van de persoonlijke integriteit betekent.

Dit langer proces tot probleem(h)erkenning beïnvloedt uiteraard de weg naar de hulpverlening, net als de hulpvraag die gesteld wordt (Kline, 1996; Longshore et al., 1993, 1997, 1999; Rassool, 2006; Schneider, 2001). Probleemherkenning is immers de belangrijkste beïnvloedende factor voor het aangeven van een nood tot ondersteuning en hulp bij drugproblemen (Longshore et al., 1997).

Dit minder vlugge proces van probleemherkenning kan tenslotte mede een verklaring zijn waarom Broers en Eland (2000) stellen dat er in het werken met etnisch-culturele minderheden vaak een te smalle basis is voor samenwerking, gezien de cliënt te weinig investeert in zijn behandeling en in de werkrelatie, wat de kans op drop-out sterk verhoogt.

Ten derde wordt gesteld dat druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden vaak een eenzijdige **medische en materiële visie** hebben op de verslavingsproblematiek, waarbij de cliënt de problematiek vaak buiten zichzelf plaatst (Broers & Eland, 2000).

“Ze hebben precies nooit geleerd te reflecteren over hun eigen keuzes. Introspectie is onmogelijk” (interview sleutelfiguur).

Etnisch-culturele minderheden zouden tevens een grotere terughoudendheid hebben tegenover de in het westerse hulpverleningsmodel gehanteerde therapeutische interventies (weerstand, onwennigheid tegenover zelfreflectie), waardoor het hen ook meer moeite kost om de therapieprogramma's vol te houden, zeker deze in groepsverband (Broers & Eland, 2000). Zo stelt onderzoek dat een model van confrontatie wel goed zou werken bij African-Americans, Latino/Hispanic en native American mannen in de drughulpverlening, terwijl een dergelijk model met confronterende communicatiestijlen net minder goed zou werken bij Aziatische populaties (Amodeo et al., 1996; Perez-Arce et al., 1993). Nurco en collega's (1988, in: Longshore et al., 1999) stellen bovendien dat African-Americans onderhoudsbehandeling met methadon afwijzen, gezien veel van hen methadon als niet-therapeutisch beschouwen. Ook Marokkaanse en Turkse cliënten blijken problemen te ervaren met het Westers, vooral verbaal georiënteerd hulpverleningsmodel (cf. hoofdstuk 3).

Uiteraard zal deze andere visie ook leiden tot een andere keuze van zorg en hulpverlening en tot een andere positie binnen de hulpverleningsrelatie die vaak, aldus dezelfde auteurs, meer een 'patiëntenrol' is, waarbij een meer afhankelijke opstelling kenmerkend is.

“Indien er een vraag naar hulp komt, dan is deze vraag meestal louter gericht naar fysieke ontwenning” (interview sleutelfiguur).

Of zoals twee andere sleutelfiguren het formuleren:

“Ze zullen alleen hulp zoeken als het echt niet anders kan en dan nog bij een dokter of in een ziekenhuis. Drugs is volgens hen een fysisch probleem, geen psychisch probleem” (interview sleutelfiguur).

“Minderheidsgroepen geloven dat hun drugprobleem met een ‘poederke en een zalfke’ opgelost kan worden” (interview sleutelfiguur).

Dit laatste element staat dicht bij de vaststelling dat mensen uit etnisch-culturele minderheden vaak **wantrouwig** staan ten aanzien van het westerse, individu- en middenklasse-gerichte hulpverleningsmodel (Ashruf & van der Eijnden, 1996; Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001; Jackson et al., 1996; Kline, 1996; Reid et al., 2001; Schneider, 2001; Verdurmen et al., 2003).

“Wat men niet kent, vertrouwt men niet” (interview sleutelfiguur).

Vertrouwen in de positieve resultaten van behandeling is volgens Longshore en collega' (1997) nochtans één van de medebepalende factoren wanneer cliënten (in dit onderzoek meer bepaald African-Americans) een nood tot

ondersteuning of behandeling aangeven. Dit wantrouwen kan ook ingegeven zijn door vroegere, negatief gekleurde contacten of door ervaringen van racisme of discriminatie in het hulpverleningssysteem.

Dit wantrouwen ten aanzien van het westerse hulpverleningsaanbod kan tevens een verklaring vormen waarom deze groepen drugproblemen liever **informeel binnen de familie** afhandelen of waarom druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden naar het **thuisland** worden teruggestuurd als remedie tegen de problemen van drugafhankelijkheid (Yildiz & Keersmaeckers, 2001).

“Hulp zoeken voor het drugprobleem van je zoon, betekent hetzelfde als toegeven dat je gefaald hebt als vader. Dit doe je niet. Je probeert eerst zelf een oplossing te vinden” (interview sleutelfiguur).

Een nauwere **familieband** kan in die zin ook gezien worden als mogelijke verklaring voor het vroegtijdiger afhaken, hoewel deze nauwere familieband zowel positief als negatief kan werken ten aanzien van het slagen van hulpverlening (Broers & Eland, 2000).

Kline (1996) stelt dat vooral door Hispanics heel frequent wordt aangegeven dat ze weigerachtig staan ten aanzien van behandeling omwille van het feit dat behandeling mogelijk een verstoring in de familiale relaties met zich kan meebrengen. Argeriou en Daley (1997) bevestigen in hun onderzoek het uitzonderlijke belang van familiale banden voor Hispanics, wat uiteraard belangrijke implicaties kan hebben voor de uitbouw van een meer aangepaste drughulpverlening. Ook Aziatische Indiërs zouden eraan houden strenge grenzen te hanteren buiten de uitgebreide familie (Rastogi & Wampler, 1999). Dit gegeven, gecombineerd met het stigma omtrent geestelijke gezondheidsproblemen, leidt er dan ook toe dat Aziatische Indiërs zelden psychotherapie opzoeken (Rastogi & Wadhwa, 2006).

Anderzijds stelt een studie bij druggebruikende Bangladeshi vrouwen in London dat zij weliswaar belangrijke barrières ervaren om de stap naar de drughulpverlening te zetten, maar wanneer zij dit toch doen gebeurt dit vaak onder druk van familieleden of sociale diensten (Cottew & Oyefeso, 2005).

2.6.2.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur

De subjectieve en culturele, zelfs religieuze **representatie** van de **ziekte** beïnvloedt duidelijk de stap naar de gezondheidszorg, meer bepaald naar therapeutische interventies, en niet zelden geven etnisch-culturele minderheden de voorkeur aan een niet-conventionele geneeskunde en rituele praktijken (Leman & Gailly, 1991; Picozzi, 2004). De gehanteerde visie op ‘ziekte’ is bijgevolg een belangrijk te bestuderen gegeven in het verklaren van zorgtrajecten.

Wat drugafhankelijkheid betreft kan dergelijke representatie bijvoorbeeld leiden tot een zekere vermijding, vanuit de **schrik om gestigmatiseerd te worden** als druggebruiker, zowel door de autoriteiten van het gastland als door de gemeenschap van herkomst (Fassin, 1999; Jung, 2004). De stigmatisering door de gemeenschap zal waarschijnlijk het grootst zijn als de drugafhankelijkheid beleefd wordt als een overtreding van de vaderlijke wet (Jung, 2002) en dat zal voornamelijk het geval zijn in gemeenschappen die berusten op diens sterke waarden zoals respect, eer en fierheid (Panunzi-Roger, 2005). Andersom kan het gebruik van drugs een integratiefactor vormen ten aanzien van het gastland of zelfs een middel om met het culturele-familiale milieu te breken (Jung, 2002).

Maar voor vele families is drugafhankelijkheid **geen ziekte** en vergt het dus ook geen toetreding tot de hulpverlening: sommige families neigen drugafhankelijkheid meer en meer te integreren en willen het ‘doen met’ (Panunzi-Roger, 2005). Anderen linken het druggebruik aan het leven in het gastland en denken eraan hun kind voor enige tijd terug te sturen naar het land van herkomst (Jung, 2004). Nog anderen zien drugafhankelijkheid simpelweg als een virus dat toeslaat met het regelmatig nuttigen (Panunzi-Roger, 2005) en zelfs als een fataliteit waartegen men niets kan doen (Jung, 2002).

De culturele verschillen, met name met betrekking tot de perceptie van de ziekte, de uiteenlopende appreciatie van gezondheidszorg en de verhouding tot sociale voorzieningen worden soms aangevoerd ter verklaring van volgende vaststellingen: een eerder curatieve in plaats van preventieve attitude onder etnisch-culturele minderheden, een verschil in verwachtingen tussen cliënten en zorgverstrekkers en het minder frequent gebruik maken van sociale diensten bij echtelijke, familiale of sociaal-culturele problemen (Cognet, 2000).

De drugafhankelijkheid lijkt minder vaak ontdekt te worden door de vader – die vaak in een meer afstandelijke positie staat ten opzichte van zijn kinderen – dan door de **moeder**, die zelfs soms meegaat in het verborgen houden van de drugafhankelijkheid bij haar kind voor haar echtgenoot vanuit een sterkere band met haar kind (Jung, 2002; Panunzi-Roger, 2005). Wanneer de vader dit toch ontdekt, kan hij op drie manieren reageren – waarbij bij geen enkele reactiewijze het bestaande zorgaanbod in het gastland in rekening wordt gebracht: 1) de kwestie totaal verwaarlozen, 2) geweld gebruiken en zijn kind sekwestreren voor ontwenning, 3) het bedenken van een min of meer lange terugkeer naar het land van herkomst, om een ontwenningsskuur te laten plaatsvinden

in een omgeving die verondersteld wordt drugvrij te zijn, wat de banden tussen de vader met diens familie in het land van oorsprong en diens culturele origine versterkt (Jung, 2002).

Indien de externe voorzieningen op de één of andere dag komen om hun interventie te starten, heeft de vader minstens drie redenen om niet 'samen te werken' met hen: 1) het behandelen van familiale moeilijkheden met vreemden strookt niet met zijn opvoeding, 2) de vader die een sterke man hoort te zijn, kan zich niet in de positie van hulpvrager bewegen, 3) omdat de drugafhankelijkheid vooral ouderen treft die een belangrijke plaats innemen in de hiërarchie is het voor de vader nog moeilijker om zich tot professionelen te wenden (Panunzi-Roger, 2005).

Overigens zijn de **percepties van het zorgsysteem** niet steeds eenduidig, omdat dit verschillend is van het land van herkomst. Deze verwarring kan een gebrek aan kennis, een foutief gebruik van het systeem of een verwarde perceptie van de kwaliteit van de ontvangen zorgen en van de voorzieningen tot gevolg hebben (Cognet, 2000; Jung, 2004; Picozzi, 2004). Het beeld en de kennis die de migranten hebben van deze voorzieningen, de frustraties resulterend uit eerdere contacten en de waargenomen inname van posities zoals feminisme en zelfs racisme, kunnen een vrees en zelfs een wantrouwen veroorzaken jegens de voorzieningen, met name omdat deze waargenomen worden als potentieel schade verrichtend aan de vaderlijke autoriteit (Fassin, 1998, 1999; Jung, 2002, 2004).

Bovendien kunnen migranten behorend tot groepen die nogal sterk geconcentreerd zijn rond de familie, moeilijkheden hebben om zich met hun persoonlijke problemen te wenden tot professionele en 'onpersoonlijke' voorzieningen (OFSP, 2002a). Tevens is er een gebrek aan vertrouwen inzake de realiteit van het beroepsgeheim (Jung, 2002, 2004). Deze vrees is groter voor personen zonder verblijfsvergunning, daar het beroep doen op deze voorzieningen een mogelijkheid inhoudt om dit aan de overheden te signaleren (Fassin, 1998).

Personen behorend tot etnisch-culturele minderheden blijken zodoende hun **eigen systeem** van wederzijdse hulp te **verkiezen** en/of, in de mate van diens toegankelijkheid, het zorgsysteem van hun land van herkomst (OFSP, 2002a; Picozzi, 2004). Dit betekent dat voor drugsafhankelijkheid bepaalde Maghrebijnse families eerder vertrouwen zullen hebben in de sjamaan of in genezers (Panunzi-Roger, 2005; Picozzi, 2004). Het bestaan van alternatieve zorgmogelijkheden werd ons door diverse sleutelfiguren in de verkennende interviews bevestigd. Deze mogelijke oplossingen mogen echter niet in diskrediet gesteld worden: sommige lijken immers overtuigende tekenen te geven dat, zoals in onze Westerse cultuur, het beheersen van problemen met drug- en/of alcoholgebruik niet noodzakelijk via voorzieningen verloopt. Deze alternatieve oplossingen zijn onder meer:

- Het gebruik van geweld, bijvoorbeeld bij een sekwestrering voor ontwenning, waarbij het kind gedurende meerdere dagen wordt opgesloten:

"C'est vrai que dans la communauté maghrébine, il y a beaucoup de sevrages bloc aussi. Donc, 'je t'enferme trois jours dans une pièce, ça va aller mieux après, ton corps va être nettoyé, ton âme va être purifié, merci, au revoir'. Ça aussi, c'est une réaction des familles : 'Je vais t'enfermer, et ça ira mieux après'" (interview sleutelfiguur).

Toch benadrukken enkele professionelen dat, zonder een grondige invraagstelling, de problematiek niet teniet wordt gedaan:

"Ca donne pas grand chose. La 'toxicomanie', c'est une problématique interne, profonde, et là c'est que tu travailles sur le corps. On travaille pas sur l'ensemble de la santé, l'ensemble, c'est l'environnement, la santé mentale, le bien-être, la santé physique, et là, on ne travaille que sur la santé physique. Donc, pour moi, ça ne fonctionne pas" (interview sleutelfiguur).

- Een religieuze tussenkomst, die eventueel in conflict kan komen met de interventie van gespecialiseerde voorzieningen. De godsdienst kan aangewend worden met als doel om nieuwe waarden in te brengen in het leven van de persoon.

"Souvent, dans cette communauté-là, bercée par l'Islam... La culture islamique est très importante dans la communauté maghrébine. Souvent, c'est un outil thérapeutique, c'est clair, pour les usagers et les familles aussi" (interview sleutelfiguur).

Maar religie kan ook gebruikt worden met als doel de betovering van het kwade dat de druggebruiker heeft ingenomen te verbreken. Niettemin benadrukt één van de sleutelfiguren die zelf druggebruiker was en zich tot de Islam bekeerde dat religie slechts als 'denkbeeldig middel' kan dienen en dat religie op zich geen fundamentele en noodzakelijke invraagstelling impliceert:

"Au début, c'est toujours la valeur-refuge. 'Tu dois faire ça, tu dois pas faire ça'. Mais ça peut ne pas être suivi par une remise en question fondamentale" (interview sleutelfiguur).

- 'Een terugkeer' of 'vakantie' naar het land van herkomst: de terugkeer naar het land van herkomst is gebaseerd op de idee om zich van het product te verwijderen, wat door de persoon in kwestie gepercipieerd kan worden als heilzaam en van daaruit geaccepteerd wordt. Daarentegen zien anderen er het voordeel niet van in om terug te keren naar een land dat zij ten slotte slechts beperkt kennen. Gedwongen worden tot deze

terugkeer kan het mislukken van deze ervaring om verschillende redenen in de hand werken: Ten eerste zal de gebruiker, indien hij deze ervaring zelf absoluut niet wil, zichzelf niet in vraag stellen:

“Moi, ce que j’ai constaté, c’est que ça n’a jamais marché. Pourquoi ça n’a jamais marché ? Premièrement, l’obligation d’aller au pays, pour la personne. On t’envoie au bled, on te pique tes papiers, tu restes là, obligation. Pas d’envie, donc pas de remise en question. Je base ma théorie sur une trentaine de personnes que j’ai connues, qui m’ont dit : ‘On m’a obligé d’aller au bled pendant trois mois, on m’a foutu dans la famille. On m’a enlevé mes papiers, et pendant trois mois, je n’ai pensé qu’à une chose, c’est revenir en Belgique (...). Pendant trois mois, j’ai été mieux, effectivement, je me suis sevré, mais j’ai fumé du shit comme un trou parce que c’est tout ce qu’on trouve là-bas. Ou alors, si c’est dans les grandes villes, on trouve des stupps aussi” (interview sleutelfiguur).

Ten tweede kan de druggebruiker deze ervaring als negatief of zelfs als traumatisch beleven, des te meer omdat deze terugkeer zich baseert op de sterke sociale controle uitgeoefend door het gastland:

“La question de l’identité aussi... La personne de deuxième ou de troisième génération, qui est née en Belgique, elle est pas marocaine, elle est pas belge, même si elle a une carte nationale belge. (...) Une recherche d’identité ici, une recherche d’identité là-bas. Un rejet social ici, un rejet social là-bas. Aucun effet bénéfique pour elle. Ca aussi, c’est quelque chose de très lourd aussi. (...) Et puis, les valeurs religieuses beaucoup plus fortes, le contrôle social beaucoup plus fort qu’ici. (...) Il se retrouve pendant trois mois avec un contrôle social fort, un contrôle familial fort. ‘On veut bien l’aider, mais on l’accepte pas’ parce qu’il ne fait pas partie du pays” (interview sleutelfiguur).

Hierbij dienen we ons er ook bewust van te zijn dat de Maghrebijnse psychiatrie – aldus één van de sleutelfiguren – vaak gebruik maakt van grote dosissen neuroleptica, zonder intentie aan het relationele te werken:

“Là-bas, la seule chose qui existe, ce sont des neuroleptiques de première génération, pas de deuxième ou de troisième génération, qui sont ce qu’on devrait prescrire uniquement en milieu hospitalier, qui sont données en doses massives comme ça, on assomme le patient. (...) Je n’ai pas de groupes de comparaison, mais je vois des personnes qui me disent : ‘Là-bas, ça allait, mais j’étais tellement camé que je pouvais pas consommer. Mais j’ai fait une dépression’. Il y a des personnes qui ont vécu ça comme une violence, qui se sont retrouvés là, dans un pays inconnu, et qui ont vécu ça comme un traumatisme majeur. Pour certaines personnes, ça les a aidé pendant un certain temps. (Le voyage curatif), ça existe ; le problème, c’est qu’il faut revenir” (interview sleutelfiguur).

Deze experimenten schijnen dus overtuigende resultaten op korte termijn op te leveren; op lange termijn lijken de meningen meer verdeeld. Het is in ieder geval duidelijk, per definitie, dat de professionelen van het sociale werkveld weinig kennis hebben van eventueel positieve langetermijnresultaten.

- Een min of meer gedwongen huwelijk om de eigen zoon of dochter te responsabiliseren. Dergelijk huwelijk voltrekt zich meestal met een meisje of jongen die nog in ‘het binnenland’ woont:

“La famille va aider son fils, mais tout le monde sait qu’il est drogué, tout le monde sait qu’il va au Lama. C’est un bon garçon, donc on va essayer de lui trouver une femme du bled” (interview sleutelfiguur).

Een huwelijk zet sommigen er inderdaad toe aan om zichzelf ‘in handen te nemen’ en hun gebruik te controleren; voor anderen verandert het huwelijk niets aan het probleem.

- Het gebruik van een cultuurspecifieke ‘pharmacopee’: bepaalde druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden doen beroep op de hulp van Shamans en andere alternatieve geneeswijzen. In Brussel verkopen verschillende ‘apotheken’ kruiden en bereidingen die bij rites gebruikt worden, om de persoon van diens verslaving te genezen. Het lijkt erop dat dit reeds verschillende gebruikers heeft geholpen:

“Il y a toute une pharmacopée locale aussi, une pharmacopée de cette communauté. Par exemple, deux rues plus loin d’ici (à Bruxelles), il y a... Je ne sais pas comment ça s’appelle dans la communauté marocaine... Un shaman, un marabout, ce genre de choses... Un peu un espèce de médecin qui emploie des méthodes ancestrales. Là, il y a une grosse utilisation de ce type de pharmacopée dans l’aide à la substitution. (...) Des espèces de désenvoûtement. A Molenbeek, j’ai rencontré plein de personnes qui, au lieu de prendre de la méthadone, allaient chez un espèce de magasin qui vendait des plantes, qui a pignon sur rue. Voilà, c’est tous des produits naturels locaux, on va dire, des décoctions, des mélanges, des... Il y en a pas mal qui employaient ça pour se substituer, et pour certains, avec pour certains une réussite. Est-ce que la plante influait sur la réussite, ou est-ce que c’était autre chose ? Je ne sais pas” (interview sleutelfiguur)

Eenvoudiger gezegd kunnen personen van buitenlandse oorsprong gebruik maken van de klassieke geneeskunde: in relatie tot drugafhankelijkheid beperken deze families niet zelden hun vraag tot ontwenning of substitutie en is het de huisarts die het geheel van deze problematiek beheert (OFSP, 2002a; Panunzi-Roger, 2005).

2.6.3 HULPVERLENINGSGERELATEERDE KNELPUNTEN

2.6.3.1 De Nederlands- en Engelstalige literatuur

Ook aan de kant van de hulpverlener worden heel wat elementen gesitueerd die (mede) de oorzaak kunnen zijn van het gegeven dat druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden minder gemakkelijk instromen binnen de voorzieningen van de drughulpverlening. Zo wordt er op het niveau van de **hulpverleningsorganisatie** soms een gebrek aan **culturele gevoeligheid** vastgesteld (Fountain et al., 2004; Ja & Aoki, 1993). Een sleutelfiguur formuleert het als volgt:

“Het bestaande aanbod is vreemd aan hun cultuur” (interview sleutelfiguur).

Door het ontbreken van deze ‘cultural awareness’ slagen hulpverleningsorganisaties er slechts zelden in allochtone gebruikers aan te spreken (Fountain et al., 2002; Rassool, 2006; Vandeveld & Vanderplasschen, 2000). Jackson en collega’s (1997) refereren hierbij naar het gegeven dat hulpverleners de sociale, economische en culturele gebruiken van etnisch-culturele minderheden niet mee opnemen in hun aanbod, wat het bieden van effectieve hulpverlening sterk belemmert. Toch benadrukken verschillende sleutelfiguren dat het bereiken van allochtonen binnen de drughulpverlening geen sinecure is.

“De hulpverlening heeft geen plaats voor geloof. Eén keer per maand kunnen spreken met een imam is niet voldoende. (...) Ook weten ze niets af van onze cultuur en ons geloof” (interview sleutelfiguur).

Aanpassingen van het bestaande hulpverleningsaanbod aan de specifieke noden en verwachtingen van diverse groepen van etnisch-culturele minderheden werden in het verleden reeds enkele keren doorgevoerd en ook geëvalueerd. Zo stellen Longshore en collega’s (1999) in een effectiviteitsstudie van een behandelprogramma dat werd aangepast aan specifieke culturele elementen van African-Americans dat de cliënten in dit cultureel congruente programma duidelijk meer betrokken zijn bij de behandeling, opener zijn, meer actief participeren en meer gemotiveerd zijn om hulp te zoeken. Uit Amerikaanse studies, vooral gericht op populaties van Asian-Americans, blijkt dat programma’s met een specifiek aanbod voor bepaalde nationaliteiten of culturele groepen of programma’s waar hulpverleners werken die zelf afkomstig zijn uit een etnisch-culturele minderheid meer cliënten uit die specifieke nationaliteit/culturele groep aantrekken en dat deze cliënten ook langer in het programma blijven in vergelijking met programma’s die geen specifiek aanbod hebben (zie bv. Ellis, 1999). Een studie van Fisher en collega’s (1996) toont aan dat het aanpassen van drughulpverleningsprogramma’s aan de traditionele Amerikaanse culturele leefgewoontes ervoor zorgt dat native Americans een even lange tijd in het programma doorbrengen als andere cliënten. Tenslotte zou het meer betrekken van families, inclusief familietherapie, bij Hispanic families leiden tot een langer verblijf in de behandeling en het meer volledig afwerken van de behandeling (Szapocznik et al., 1988).

Ten tweede kan, gezien het belang van de persoon van de hulpverlener, het **gebrek aan ‘cultural responsiveness’ bij de hulpverlener** een belangrijke reden zijn voor het falen van de hulpverlening in het werken met groepen uit etnisch-culturele minderheden. Zo tonen Wade en Bernstein (1991) in hun studie bij zwarte vrouwelijke cliënten aan dat culturele sensitiviteit bij hulpverleners belangrijker is dan hun etniciteit, wat ook in de lijn ligt van andere studies (Ellis, 1999). Effectiviteitsonderzoek met betrekking tot de drughulpverlening heeft immers als één van de werkzame factoren de cliënt-hulpverlener-relatie aangeduid. De empathie die de cliënt percipieert bij de hulpverlener is geassocieerd met de betrokkenheid van de cliënt in het programma en met betere resultaten (Fiorentine et al., 1999). Daaruit kunnen afgeleid worden dat wanneer cliënt en hulpverlener dezelfde etnische achtergrond hebben er meer empathie zou zijn tussen beiden en er dus betere resultaten kunnen geboekt worden met de hulpverlening (DeLeon et al., 1993). Onderzoek van Firoentine en Hillhouse (1999) spreekt deze bevinding echter grotendeels tegen: dezelfde etnische achtergrond tussen cliënt en hulpverlener zou wel leiden tot een hogere gepercipieerde empathie bij de hulpverlener door de cliënt, maar dit beïnvloedt de resultaten van de hulpverlening niet. Hierbij dient benadrukt te worden dat dezelfde etniciteit van hulpverlener en cliënt niet noodzakelijk een betere match oplevert tussen beiden, gezien er dan nog heel wat verschillen kunnen zijn, bijvoorbeeld wat betreft het acculturatieproces (Sue, 1998; Weibel-Orlando, 1993). In dezelfde lijn wordt gesteld dat een te groot verschil in sociaal-economische achtergrond tussen cliënt en hulpverlener een bijkomende belangrijke reden kan zijn voor het falen van de hulpverlening, een reden die bovendien soms doorslaggevend is dan het verschil in culturele achtergrond (Alemi et al., 1995).

Ten slotte kan dit gebrek aan culturele sensitiviteit ook mede bepalend zijn in de vaststelling dat geestelijke gezondheidsproblemen bij etnische minderheden door hulpverleners minder vlug of minder goed herkend worden (Nouroozifar & Zangeneh, 2006).

Ten derde worden ook nog **structureel-organisatorische elementen** aangegeven die de hulpverlening aan cliënten uit etnisch-culturele minderheden bemoeilijken. Het gaat hier met name om allerlei zaken die niet aansluiten bij de specifieke verwachtingen en noden van de cliëntengroepen behorend tot etnisch-culturele minderheden, zoals elementen uit het programma-aanbod, de regels en structuur op de afdeling, de omgang met

medebewoners en de wijze van contact met familie (Broers & Eland, 2000). Zo wijzen Braam en collega's (1998) op het probleem van de soms erg 'bureaucratische' intakeprocedure, waardoor cliënten uit etnisch-culturele minderheden vlugger afhaken of de stap naar de hulpverlening niet zetten.

“Op organisatorisch niveau moeten ook initiatieven genomen worden. Wanneer de top niet mee wil, zullen er beneden ook geen veranderingen komen” (interview sleutelfiguur).

Ook het rapport “Inside out” (Sashidaran, 2002 in: Rassool, 2006) toont aan dat bij minderheidsgroepen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg een te grote nadruk ligt op institutionele en dwingende behandelmodellen, waarbij professionele en organisatorische eisen prioritair zijn boven individuele noden en rechten, met een duidelijk institutioneel racisme binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit laatste impliceert dat personen behorend tot etnisch-culturele minderheden zich gemarginaliseerd en sociaal uitgesloten voelen ten gevolge van de rigide en etnocentrische institutionele organisatie (ibid.). Dezelfde vaststelling geldt voor de toegang van minderheidsgroepen tot de drughulpverlening en hun ervaringen binnen de drughulpverlening (Rassool, 2006).

2.6.3.2 De Frans- en Spaanstalige literatuur

Een eerste reden waarom etnisch-culturele minderheden minder in de hulpverlening terecht komen zou zijn oorsprong kunnen vinden in de **gebrekkige competentie** of zelfs de **wil** van sommige administratieve, medische of sociale actoren om deze bevolkingsgroepen afdoende voor te lichten over hun rechten (Fassin, 2000; Picozzi, 2004).

Daarnaast zou er bij hulpverleners soms te weinig **transculturele competentie** aanwezig zijn. Transculturele competentie kan omschreven worden als:

“La capacité de saisir, de comprendre et d’interpréter des points de vue personnels et d’en tirer des modes d’action correspondants. La condition pour pouvoir adopter des points de vue différents est l’auto-réflexion ou la prise de conscience de l’importance de sa propre socialisation” (OFSP, 2002a).

Het gaat hierbij onder meer om een taalprobleem (OEDT, 2002; OFSP, 2002a), communicatiemoeilijkheden tussen verschillende culturen (Cognet, 2000; Picozzi, 2004) en in meer algemene zin een gebrek aan transculturele competentie om rekening te houden met de socioculturele context, zoals bijvoorbeeld ermee rekening houden dat de verhoudingen tussen familieleden verschillend kunnen zijn naargelang men geconcentreerd is op de familie dan wel op het individu (Lubre, 2005; OFSP, 2002a). Eerstelijns hulpverlening specifiek gecreëerd voor migranten zal dus beter beantwoorden aan hun noden (onder meer omdat de wachttijden minder lang zijn, er meer tijd vrij gemaakt wordt voor het luisteren, omdat de moedertaal van de cliënten gebruikt wordt, er een meer respectvolle houding gehanteerd wordt, enzovoort) en zal bijgevolg meer geapprecieerd worden (Lubre, 2005).

Maar het ziet er naar uit dat transculturele competenties in het merendeel van de gespecialiseerde drughulpverlening ontbreekt, wat hulpverleners verhindert om afdoend te reageren op de specifieke noden van personen behorend tot etnisch-culturele minderheden (OFSP, 2002a; Picozzi, 2004). Bij de gespecialiseerde drughulpverleningscentra zouden er immers moeilijkheden zijn om zich tot de etnisch-culturele minderheden te richten en zou er zelfs een gebrek aan belangstelling zijn voor de culturele specificiteit (OEDT, 2002; OFSP, 2002a). Dit gebrek aan interesse verklaart zich dikwijls door een organisatiecultuur die de zorgen jegens deze populaties als te duur beschouwt of door het bestempelen van deze populaties als zijnde in ‘gezondheidsrisico’ (Lubre, 2005). Bovendien zijn de hulpverleners er zelden zelf afkomstig uit een etnisch-culturele minderheid en worden er weinig specifieke interventies opgezet ten aanzien van etnisch-culturele minderheden (OFSP, 2002a).

2.7 NAAR EEN MEER EVENREDIGE VERTEGENWOORDIGING VAN MINDERHEIDSGROEPEN IN DE HULPVERLENING

2.7.1 INLEIDING

Een aantal hierboven besproken studies geeft aan dat cliënten uit etnisch-culturele minderheden ondervertegenwoordigd zouden zijn in het bestaande hulpverleningsaanbod. Mogelijke verklaringen voor deze ondervertegenwoordiging werden in de vorige paragrafen grondig besproken. Wanneer we ons echter de vraag stellen naar de ‘oplossing’ voor deze ondervertegenwoordiging, blijkt het antwoord minder eenduidig. Ook in de literatuur worden ambigue antwoorden geformuleerd. Niettemin willen wij hier toch reeds een aantal mogelijke aanbevelingen dat in de literatuur wordt aangegeven op een rijtje zetten.

2.7.2 DE NEDERLANDS- EN ENGELSTALIGE LITERATUUR

2.7.2.1 Aanpassing van het hulpverleningsaanbod

In het algemeen zijn er weinig empirische studies voorhanden waarin specifieke, categoriale behandelingen voor bepaalde minderheidsgroepen worden ‘getest’ (Amaro et al., 2006). Wel worden door diverse auteurs verschillende mogelijke werk- en aandachtspunten aangehaald die de toegankelijkheid van het bestaande (drug)hulpverleningsaanbod voor cliënten uit etnisch-culturele minderheden kunnen verhogen.

Een eerste element betreft het belang van het verstrekken van **goede en begrijpbare informatie** over het hulpverleningsaanbod naar etnisch-culturele minderheden toe. De onbekendheid van de drughulpverlening werd in de vorige paragrafen immers aangehaald als mogelijke oorzaak voor de ondervertegenwoordiging van etnische minderheden binnen de drughulpverlening. Het faciliteren van een betere informatiestroom over het hulpverleningsaanbod kan de bekendheid en de toegankelijkheid van de drughulpverlening vergroten. Goede informatie aan het begin van een behandeling kan bovendien voorkomen dat er onrealistische verwachtingen gecreëerd worden over het verloop van het programma (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Verdurmen et al., 2003).

“Allochtonen weten niet waar naar toe, ze kennen het huidig aanbod aan hulp en zorg niet. Betere informatie is noodzakelijk” (interview sleutelfiguur).

Het ter beschikking stellen van informatief materiaal, het organiseren van informatieavonden en het informeren in scholen werden door een aantal sleutelfiguren als belangrijke initiatieven aangehaald. Het informeren van de doelgroep is echter slechts één schakel in de keten.

“Ik zie dat meer informatie over druggebruik en drughulpverlening niet leidt tot de stijgende toegang tot de drughulp die we gehoopt hadden. Nu is het dus aan de drughulpverlening om broodnodige aanpassingen te doen en op te staan voor de noden van deze minderheidsgroepen” (interview sleutelfiguur).

Uit voorgaande bespreking bleek reeds dat verscheidene etnisch-culturele minderheidsgroepen een meer medische visie hanteren op hun drugprobleem.

Een tweede aanbeveling sluit zich hierbij dan ook aan, waarbij gesteld wordt dat deze **medische visie op druggebruik en -problemen** moet erkend worden en binnen het bestaande hulpverleningsaanbod mee moet worden opgenomen (Verdurmen et al., 2003). Het is hierbij tevens belangrijk dat men vanuit de drughulpverlening leert omgaan met de vaak somatiserende wijze waarop bepaalde minderheidsgroepen hun klachten beleven (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000).

Ten derde wordt er in de literatuur gewezen op de prangende nood aan meer **cultureel-gevoelige benaderingen**, die culturele en etnische kenmerken expliciet binnen de drughulpverlening betrekken (Amaro et al., 2006; Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Jerrel & Wilson, 1997; Orlandi & Weston, 1995; Terrel, 1993). Het komt er op aan om een goed evenwicht te vinden tussen voldoende culturele aspecten en een omvattende behandeling (Selman et al., 1997).

“Het is bovendien belangrijk dat ook onze huidige hulpverleningstechnieken en ons huidige hulpverleningsmodel in vraag gesteld worden in plaats van het zomaar aan allochtonen op te leggen” (interview sleutelfiguur)

Gezien het belang van culturele barrières dient er binnen de drughulpverlening dus meer aandacht gegeven te worden aan de rol van ‘lifestyle’, cultuur en taal. Er gaat actueel te weinig aandacht uit naar demografische, psychosociale, raciale en culturele kenmerken (Argeriou et al., 1997; Orlandi & Weston, 1995). Dit betekent onder meer dat er langer dient stil gestaan te worden bij het belang van sociale en culturele verschillen en dat er meer affiniteit nodig is met de etnisch-culturele minderheden zelf. Hulpverlening specifiek voor etnische groepen en cultureel sensitieve programma’s vergroten de aanvaardbaarheid van het zorgaanbod en verminderen het stigma dat gepaard gaat met het beroep doen op hulp (Reid et al., 2001).

Ook het belang van het migratieproces en de psychosociale stress die hierdoor veroorzaakt wordt, samen met het proces van acculturatie en de spanningen die kunnen ontstaan, mogen niet genegeerd worden (Harrison et al., 1997; Terrell, 1993; Team Maatzorg allochtonen, 1998).

De erkenning van ‘etnoculturele factoren’ is met andere woorden een belangrijk werkpunt (Terrell, 1993). Immers, een programma op maat zou meer effectief moeten zijn dan een “one size fits all”- benadering (Argeriou et al., 1997).

Het institutionaliseren van een drughulpverlening die ‘cultureel congruent’ of cultureel meer competent is, wordt in dit kader door verschillende auteurs aangehaald met de intentie een meer toegankelijke drughulpverlening te genereren (Jackson et al., 1997). Culturele congruentie kan omschreven worden als:

“Affirming the heritage, rights and responsibilities and using interaction styles, symbols and values shared by that group” (Longshore et al., 1999).

In de zoektocht naar een cultureel congruente hulpverlening is het belangrijk dat er ook structurele en organisatorische initiatieven worden genomen.

“Slechts wanneer de directeurs van een hulpverleningsorganisatie gemobiliseerd worden, kunnen structurele veranderingen doorgevoerd worden” (interview sleutelfiguur).

“Wij bepalen vanuit onze bril wat hulpverlening efficiënt maakt. Misschien is het belangrijk om het bestaande hulpverleningsmodel in vraag te stellen en rekening te houden met de reële noden van de Turkse en Marokkaanse populatie. Er is nood aan drughulpverlening vanuit een allochtone bril. Het denkkader van de allochtoon moet als basis dienen” (interview sleutelfiguur).

Het is echter essentieel dat er ook intern bij de hulpverleningsorganisaties stappen worden genomen. Hulpverleners hebben vaak een gebrekkige deskundigheid met betrekking tot de culturele achtergrond van hun cliënten en een gebrekkig inzicht in het proces van acculturatie. Inzicht in de culturele perceptie en de culturele omgang met het verslavingsprobleem ontbreekt vaak. Ashruf en van der Eynden (1996) stellen daarom dat hulpverleners: (a) kennis dienen te hebben over de culturele achtergrond van hun cliënten, (b) kennis moeten hebben met betrekking tot interculturele communicatie, (c) inzicht nodig hebben in het proces van acculturatie en (d) inzicht moeten hebben in de culturele perceptie en de omgang met verslavingsproblemen. Een interculturele aanpak is volgens deze auteurs met andere woorden de sleutel. Het verhogen van de deskundigheid bij hulpverleners, bijvoorbeeld door het geven van trainingen over cross-culturele hulpverlening, is een belangrijk werkpunt (Ashruf & van der Eynden, 1996; Braam et al., 1998; Broers & Eland, 2000). Ook het inzetten van interculturele bemiddelaars (Verrept, 1998), het werken met ervaringsdeskundigen of met sleutelfiguren binnen de allochtone gemeenschappen en/of het creëren van een multicultureel personeelsbestand kan soelaas bieden (Jerrell & Wilson, 1997).

Men mag echter niet vergeten **de stem** van de allochtone zorgvrager in dit proces te betrekken. De minderheidsgroepen zelf hebben immers een fundamentele stem met betrekking tot de evaluatie van het zorgaanbod. Door samenwerkingsverbanden aan te gaan met maatschappelijke organisaties, zoals zelforganisaties en moskeeverenigingen kunnen de hulpverleningsorganisaties meer affiniteit krijgen met de achtergrond van cliënten. Zelforganisaties kunnen immers door hun breed netwerk en het vertrouwen dat ze genieten binnen de gemeenschap een brugfunctie vervullen, waardoor ze een fundamentele bijdrage kunnen leveren tot het toegankelijker maken van de zorg (Messing, 2003).

Ten slotte worden in de literatuur ook nog enkele andere **werk- en aandachtspunten** aangehaald (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000):

- Druggebruik bij etnisch-culturele minderheden kan niet bestudeerd worden zonder ook rekening te houden met enerzijds bredere macro-sociologische en sociaal-structurele factoren (o.a. de rol van armoede, huisvesting, tewerkstelling en andere economische factoren) en anderzijds individuele en demografische factoren. Dit impliceert dat bij drughulpverlening aan mensen uit etnisch-culturele minderheden een behandelingsomgeving dient gecreëerd te worden die aangepast is aan deze cliënten, waarbij in alle omgevingsaspecten rekening wordt gehouden met de eigen achtergrond en ‘cultuur’ (in de brede zin van het woord) van de cliënt (Jackson et al., 1996). Vaak wordt immers uit het oog verloren dat de manier waarop de huidige drughulpverleningsinitiatieven geconceptualiseerd zijn een antwoord is op de hulpvraag van de, vaak blanke, middenklasse. Er is met andere woorden nood aan behandelingsstrategieën die expliciet rekening houden met de noden en behoeften van etnisch-culturele minderheden (Stanley et al., 1997).
- Het vertrouwen winnen van cliënten uit etnisch-culturele minderheden is vaak een tijdrovend proces, niettegenstaande het de sleutel vormt tot een goed verloop van de behandeling. Het inschakelen van ervaringsdeskundigen uit etnisch-culturele minderheden kan de afstand tussen de drughulpverlening en deze cliënten verkleinen.
- Aangezien religie in verschillende etnisch-culturele minderheden een zeer centrale plaats inneemt in het dagelijks leven is het belangrijk dat binnen de hulpverlening aandacht wordt gegeven aan religieuze waarden en normen.
- Verschillende etnisch-culturele minderheidsgroepen spreken onvoldoende Nederlands, waardoor taal een praktische barrière vormt die de toegang tot de drughulpverlening belemmert. Het erkennen van dit taalprobleem en het beschikbaar stellen van materiaal in verschillende talen, zo ook het werken met tolken, kan soelaas bieden.
- Case management wordt gezien als een belangrijke methode om de toegankelijkheid van en de toeleiding naar de hulpverlening en de motivatie van de cliënt voor nazorg te verhogen. Ook psycho-educatie kan een motivatiebron zijn.
- Er is nood aan voldoende coördinatie, afstemming en netwerking tussen diverse organisaties, diensten en voorzieningen die op één of andere wijze betrokken zijn bij de hulpverlening aan of ondersteuning van cliënten uit etnisch-culturele minderheden met drugproblemen (Kahn, 1999).

- Tenslotte is reeds uit de literatuurstudie gebleken dat er nood is aan meer wetenschappelijke gegevens met betrekking tot de prevalentie en de aard van druggebruik bij de verschillende etnisch-culturele minderheden, hun zorgtrajecten en de factoren die deze twee elementen mee beïnvloeden. Deze gegevens zijn echter niet eenvoudig te verzamelen, maar aan de hand van een goede, wetenschappelijk onderbouwde monitoring kan belangrijke informatie verzameld worden en kan meer inzicht verworven worden in deze problematiek (Khan, 1999).

2.7.2.2 Ondersteunen van initiatieven binnen etnisch-culturele gemeenschappen

Bovenvermelde aanbevelingen zijn op zich niet voldoende om een antwoord te kunnen bieden op de ondervertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden binnen de drughulp. Uit onze literatuurstudie is immers gebleken dat etnisch-culturele minderheden kampen met het stigma en het taboe dat binnen hun gemeenschap aan druggebruik kleeft. Etnisch-culturele minderheden zijn niet zelden beschaamd om voor hun drugprobleem uit te komen en wantrouwen vervolgens de vertrouwelijkheid van de hulpverleningsdiensten, als deze hen al bekend zijn.

Het doorbreken van het taboe rond drugs, het genereren van vertrouwen in het ‘Belgisch’ hulpverleningsaanbod en het verhogen van de bekendheid van het hulpverleningsaanbod is voor een buitenstaander echter geen sinecure. Het is dan ook belangrijk dat initiatieven genomen in en door etnisch-culturele gemeenschappen gefaciliteerd en ondersteund worden. Vanuit de etnisch-culturele gemeenschappen kunnen de noden en behoeften van hun leden immers beter in kaart gebracht worden en kan de bekendheid met het bestaande hulpverleningsaanbod vergroot worden. De bestaande organisaties genieten namelijk het vertrouwen binnen hun gemeenschap, delen de culturele en religieuze achtergrond en spreken dezelfde taal (Yildiz & Keersmaeckers, 2001).

“Vanuit de bestaande structuren en organisaties dienen initiatieven genomen te worden die het taboe rond drugs kunnen doorbreken. Onze mensen moeten eerst vertrouwen krijgen in de hulpverlening. Pas dan is het de taak van de drughulpverlening” (interview sleutelfiguur).

Jammer genoeg zijn de initiatieven die vanuit bestaande zelforganisaties genomen worden vaak beperkt. Het is echter de taak en de verantwoordelijkheid van de verschillende verenigingen en de officiële vertegenwoordigers uit de etnisch-culturele gemeenschappen om het onderwerp bespreekbaar te maken en zo het taboe te doorbreken. Het stimuleren van een duidelijke communicatie over de drugthematiek en het bestaande aanbod aan drughulp is met andere woorden cruciaal. De verschillende organisaties dienen in dit kader dan ook hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Het is ten slotte tevens de taak van de verschillende overheden om dergelijke initiatieven te ondersteunen en de organisaties te trainen, daar deze een brug kunnen vormen tussen de etnisch-culturele gemeenschappen en de drughulpverlening (Fountain et al., 2002). Deze ondersteuning blijkt echter vaak utopisch. Daarom vragen de bestaande organisaties meer mogelijkheden om te werken rond informatie, preventie, doorverwijzing en begeleiding zoals het ter beschikking stellen van informatiepakketten en de organisatie van informatiemomenten, debatten en/of vormingcycli (Yildiz & Keersmaeckers, 2001). Bovendien is er nood aan meer coördinatie op zorg- en beleidsniveau, zodat een strategie ontwikkeld kan worden waarbij individueel rekening gehouden wordt met diverse aspecten, zoals de aard van de verblijfsdocumenten, het al dan niet volgen van een behandeling, het lange termijnperspectief en mogelijke risicofactoren die kunnen bijdragen tot verslaving (Haasen et al. 2001).

2.7.3 DE FRANS- EN SPAANSTALIGE LITERATUUR

Het **engagement** van hulpverleners die zelf behoren tot een etnisch-culturele minderheidelijkt, volgens sommige sleutelfiguren, een belangrijke factor te vormen in het vergemakkelijken van toegang tot de hulpverlening voor cliënten uit etnisch-culturele minderheden, dit door de kennis van hun taal, maar ook door hun cultuur en geschiedenis. Een systeempycholoog vertelt bijvoorbeeld over de waardevolle hulp die hij van een stagiair van Maghrebijnse herkomst ontving bij een tussenkomst met een familie met dezelfde culturele achtergrond. Diezelfde professioneel onderlijnt tevens de moeilijkheid om uitvoerige diagnoses te stellen rond bijvoorbeeld een psychose, gezien dit in verschillende culturen op een andere manier kan beleefd worden. Daarentegen merkt een andere professioneel op dat het inschakelen van een persoon in functie van zijn culturele achtergrond leidt tot het opnieuw accentueren van het verschil tussen de twee culturen. Bovendien oppert nog een andere professioneel dat de interventie door een psycholoog van buitenlandse afkomst of een etnopsychiater het wantrouwen van de etnisch-culturele gemeenschap ten opzichte van de psychotherapie niet noodzakelijk vermindert.

Toch zien we dat bepaalde voorzieningen de weloverwogen keuze maken om zich specifiek tot bepaalde minderheidsgroepen binnen de bevolking te richten, zoals onder meer personen behorend tot een etnisch-culturele minderheid. Heel vaak is het contact met bepaalde cliënten maar ook pas tot stand gekomen doordat de voorziening zich vestigde in wijken waar de beoogde bevolkingsgroepen in ruime mate aanwezig waren.

Uiteindelijk lijkt de **gemeenschapsgerichte gezondheidszorg**⁴, waarbij het voornaamste middel de sociale band is, een interessante oplossing om met deze bevolkingsgroepen te werken. Het gaat er dus hier niet om dat bepaalde voorzieningen zich tot bepaalde minderheden richten, maar wel dat zij de dialoog kunnen bevorderen via wederzijdse kennis bij minderheden en het overige meerderheidsdeel van de bevolking. Op die manier kunnen de activiteiten geconcentreerd rond de participatie van druggebruikers en hun hulpbronnen (bv. een schrijfcursus Arabisch) de belangstelling van het publiek wekken, althans zolang het geen extreme vormen aanneemt (bv. culinair toerisme).

Volgens het Coordinamento Veneto (2005) moet preventie van druggebruik bij etnisch-culturele minderheden zich organiseren via meertalig informatief materiaal en medewerkers die de moederta(a)l(en) van de beoogde doelgroep(en) spreken (OFSP, 2002a; OFSP, 2002) en/of zelf tot de gemeenschap behoren. De vorming van gemeenschapsgerichte bemiddelaars die een verbinding kunnen vormen tussen families en door de overheid gecreëerde voorzieningen zou erg zinvol kunnen zijn (Jung, 2002). Dit zou tot een methode leiden die de gemeenschapsgerichte gezondheidszorg benadert, waarbij de gemeenschap zelf de eigen gezondheid voor eigen rekening neemt. Het gaat er hier om dat de preventie en gezondheids promotie *voor én met* etnisch-culturele minderheden gerealiseerd worden, wat betekent dat ‘empowerment’ en het aanspreken van iemands vaardigheden en capaciteiten belangrijke voorwaarden zijn (ASBL Santé, Communauté, Participation, 2000; Lombrail, 1999; OFSP, 2002). Anderen onderstrepen dat het belangrijk is dergelijke gemeenschapsgerichte gezondheidszorg te realiseren in reeds bestaande groepen, zoals alcoholgebruikers in behandeling bij de ‘anonieme alcoholisten’, omdat het bijeenbrengen van verschillende culturele groepen bevorderend is voor de integratie van etnisch-culturele minderheden (Coordinamento Veneto, 2005).

Men kan zich ook afvragen of de voorzieningen, in het bijzonder de residentiële, de inrichting van ‘ruimtes voor culturele uitdrukking’ op zich zouden moeten nemen. We zouden kunnen denken dat dergelijke ruimtes aan te moedigen zijn, maar één van onze gesprekspartners benadrukte dat deze minstens twee nadelen met zich meebrengen. Het eerste nadeel is dat opnieuw het verschil tussen twee culturen wordt benadrukt en het tweede nadeel betreft de moeilijkheid om *zekere* culturele en/of religieuze voorschriften te eerbiedigen wanneer een persoon zich in een therapeutisch proces inschrijft, vooral indien dit proces zich voltrekt via het intens samenleven in een gemeenschap. De ramadan, bijvoorbeeld, lijkt moeilijk te respecteren, terwijl het eenvoudiger is om verschillende menus voor de maaltijd voor te stellen.

De vraag in deze kwestie is te weten tot op welke hoogte men het verschil van de andere moet erkennen: sommigen hemelen het werk van ethotherapeuten op naast dat van de klassieke psychologen, of minstens van hulpverleners van dezelfde afkomst die de taal, gewoontes, tradities en religie kennen en zich daardoor op het gedrag kunnen richten (Panunzi-Roger, 2005). Anderen doen voorstellen om de ‘correcties’, die zouden bestaan uit het in rekening brengen van bijvoorbeeld andere opvattingen, religieuze voorschriften, andere relaties tussen seksen, enzovoort te overschrijden, waarbij de etnopsychiatrie zich dus enkel zou moeten bevragen over de Westerse theorie en de praktijk van de therapie (Leman & Gailly, 1991).

Anderen onderlijnen daarentegen dat het niet gaat om het kennen van de cultuur van de ander (wat een illusie is en erg stereotyp) of het zich baseren op ‘culturele recepten’ of op behandelingen volgens ‘vreemde culturen’; het gaat veeleer om reflectie over de eigen waarden en representaties, om zo die van anderen te kunnen beluisteren en te respecteren en empathie te creëren die prioriteit geeft aan het individu en zijn persoonlijke geschiedenis en levenssfeer (Jung, 2002 ; OFSP, 2002a). Nog anderen, ten slotte, benadrukken het belang van identificatie van de gelijkenissen in de moeilijkheden die de druggebruikende leden van alle bevolkingsgroepen ondervinden, zonder onderscheid naar nationaliteit of cultuur, om van daaruit interventies niet onnodig te moeten opsplitsen (Coordinamento Veneto, 2005).

Kortom, om de vraag anders te stellen: wanneer men accepteert om rekening te houden met de culturele verschillen van de ander, tot waar moet men deze dan in rekening brengen? Het debat tussen culturalisme en anti-differentialisme is ongetwijfeld niet gemakkelijk te ontwijken... Ongeacht de gekozen optie is het bovenal noodzakelijk dat gezondheidszorgvoorzieningen hun concepten evenals hun praktijk herzien. Deze herziening van concepten dient op operationeel niveau de gehele organisatie te omvatten en niet te worden gezien als een bijkomende taak voor één enkele medewerker. Het zijn eerder meerdere ‘verantwoordelijken migratie’ – voorzien van transsectorale en transculturele vaardigheden die berusten op een continue en diepgaande vorming – die aangesteld zouden moeten worden teneinde hun hulpbronnen ter beschikking te stellen van de gehele instelling (Coordinamento Veneto, 2005).

⁴ Deze term is wellicht beter bekend als “community-based care”.

Het lijkt bovendien in ieder geval noodzakelijk om het specifieke aanbod voor etnisch-culturele minderheden te integreren binnen de bestaande voorzieningen en om ze niet te isoleren en/of te delegeren naar de etnisch-culturele gemeenschappen, hetgeen segregerende gevolgen zou hebben (Coordinamento Veneto, 2005; OFSP, 2002a). Op dezelfde manier lijkt het noodzakelijk om een bijkomend zorgaanbod te ontwikkelen voor bepaalde doelgroepen, zoals recent aangekomen migranten of mensen zonder geldige verblijfsdocumenten, die geen enkel contact hebben met gespecialiseerde diensten, zelfs niet met heel laagdrempelige diensten (Salvioni, 2002).

Ten slotte, gezien het onmogelijk is dat alle voorzieningen een domein 'migratie' creëren, zijn **samenwerking** en de **interconnecties** tussen voorzieningen van doorslaggevend belang. Evenwel mag deze samenwerking niet resulteren in te vlugge doorverwijzingen of het zich oriënteren op specifieke casussen, maar moet ze leiden tot de oprichting en het gebruik van een gemeenschappelijk aanbod (Coordinamento Veneto, 2005; OFSP, 2002a).

2.8 SITUERING EN MOTIVERING VAN HET ONDERZOEK

Vanuit voorgaande bevindingen kan dan ook besloten worden dat onderzoek aangaande het zorggebruik en de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden binnen de drughulpverlening in België een noodzaak is, ondanks het feit dat er – ook in België, zeker in het Franstalig landsgedeelte – nog een zeker 'taboe' rust op het uitvoeren van studies rond dit thema. Dit 'taboe' doorbreken lijkt ons echter wenselijk, hoewel het niettemin noodzakelijk is om zoveel mogelijk rekening te houden met de argumenten die vooral vanuit het zogenaamde 'anti-differentialisme' geformuleerd worden. Dit betekent dat er in dit onderzoeksveld erg veel rekening dient gehouden te worden met de socio-politieke context waarbinnen dit gegeven zich afspeelt en de invloed van deze socio-politieke en contextuele factoren op het te onderzoeken gebeuren.

Heel concreet dient hierbij rekening gehouden te worden met volgende aspecten (Fassin, 1998, 2000; Harrison et al., 1997):

- Er dient nagedacht te worden over welke categorieën afgebakend worden in het onderzoek en de sociale kenmerken die aan deze categorieën vastgeknoopt worden. Hierbij dient zeker de invloed van sociale, economische, juridische en socio-politieke factoren op het fenomeen mee onderzocht te worden.
- Er moet rekening gehouden worden met de heterogeniteit binnen de groep 'etnisch-culturele minderheden'.
- In algemene zin dient het vraagstuk van de migratie mee betrokken te worden, als één van de dimensies die mee de verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen verklaren. Dit betekent dat ook variabelen zoals gender, opleiding, werksituatie, inkomen, huisvesting en juridisch statuut mee moeten bevestigd worden.
- Er dienen zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt te worden.
- Het werkveld dient mee betrokken te worden in de opzet en uitvoering van het onderzoek.
- Er dient ten slotte voorzichtig omgesprongen te worden met de rapportage over en de bekendmaking van de resultaten van het onderzoek.

In dit onderzoek wordt dus geprobeerd om inzicht te krijgen in de zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden. Hiervoor dienen we echter ook inzicht te krijgen in het individuele traject van de betrokken doelgroepen en diens traject inzake druggebruik zelf. Het gaat hier dus om drie verschillende trajecten, met name:

- het individuele traject, waarbij in dit onderzoek specifieke aandacht gaat naar onder meer het verwerven van inzicht in het migratieproces, de positie in het gastland als lid van een etnisch-culturele minderheid en de verhouding ten aanzien van het statuut als druggebruiker
- het traject van het druggebruik
- het zorgtraject.

Uiteraard beïnvloeden deze drie verschillende trajecten elkaar sterk, waarbij we over een '**trajectensysteem**' zouden kunnen spreken. Dit trajectensysteem wordt opnieuw beïnvloed door drie elementen, met name de context, individuele strategieën en karakteristieken van het hulpaanbod (zie figuur 2).

De *context* bestaat uit:

- de plaats van de migrant in de samenleving van het gastland: is er in de samenleving sprake van processen van discriminatie en racisme, in welke mate oriënteert de maatschappij van het gastland zich eerder naar een culturalistisch dan wel naar een anti-differentialistisch perspectief,...?
- de plaats van druggebruik in de samenleving van het gastland: hoe wordt druggebruik in deze samenleving gepercipieerd, welke beleidslijnen worden er ten aanzien van druggebruik gehanteerd, hoe is de drughulpverlening uitgebouwd, wordt het bestaande aanbod van drughulpverlening als enig mogelijke oplossing voor drugproblemen gepercipieerd,...?

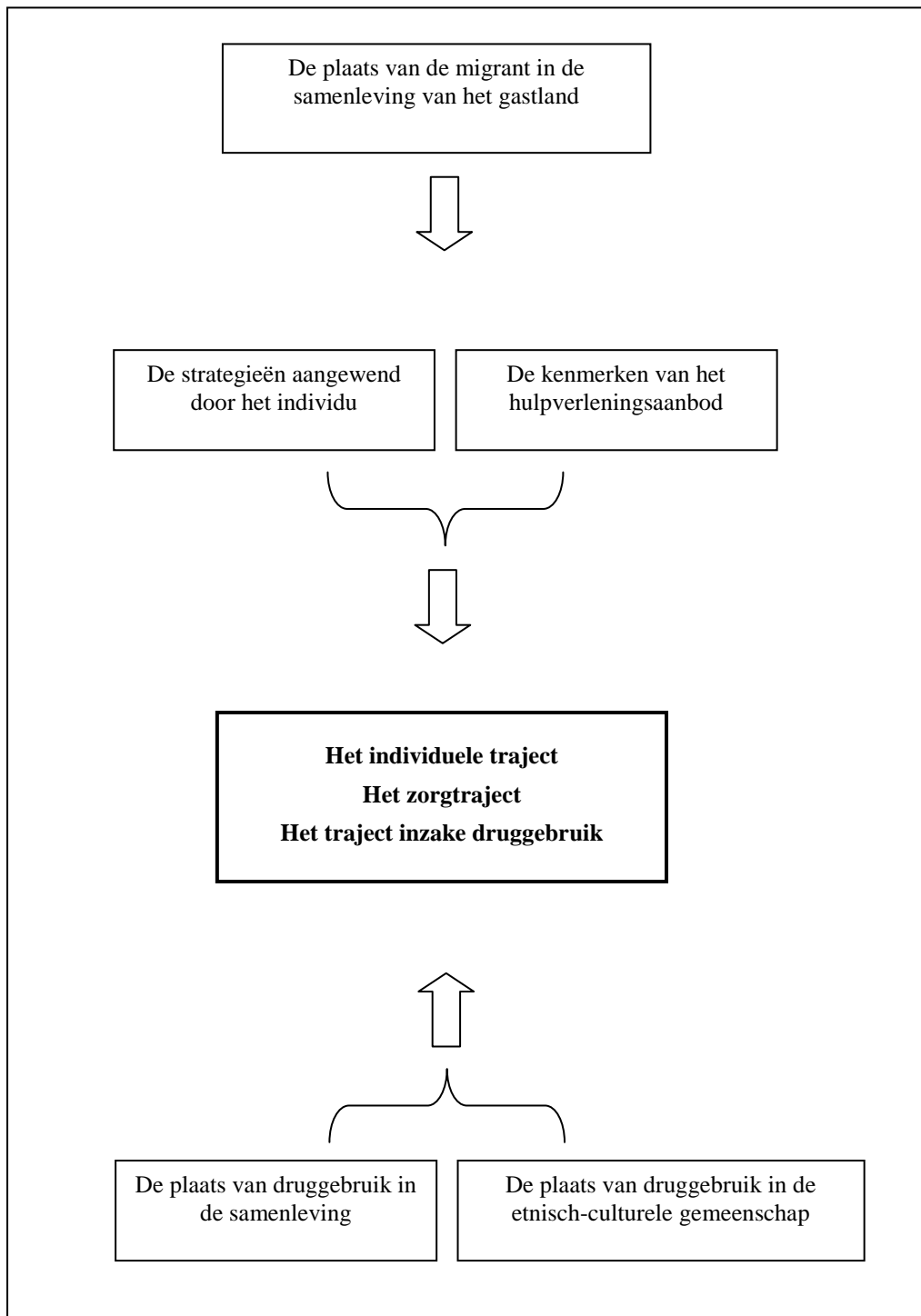
- de plaats van druggebruik in de etnisch-culturele gemeenschap: hoe wordt druggebruik binnen de etnisch-culturele gemeenschap gepercipieerd,...?

Deze context zal enerzijds de strategieën die een persoon ontwikkelt mee bepalen en anderzijds ook de specifieke kenmerken van het hulpverleningsaanbod.

De *individuele strategieën* die door een persoon ontwikkeld worden, kunnen we indelen in een typologie van vier soorten houdingen die een persoon kan aannemen ten aanzien van het aanbod van drughulpverlening (OFSP, 2006):

- “voluntaristische” houding: het bestaande aanbod van gezondheidszorg gebruiken en eigen gezondheidsstrategieën ontwikkelen
- “handelende” houding: enkel aanwenden van eigen hulpbronnen, zich niet baseren op structurele ondersteuning
- “fatalistische” houding: enkel en op zo minimaal mogelijke wijze gebruik maken van hulpbronnen uit het structurele kader
- “anonieme” houding: geen gebruik maken van structurele hulpbronnen, noch op een mobilisering van de eigen krachten.

De kenmerken van het *hulpverleningsaanbod* ten slotte zijn meervoudig, zodanig dat het nodig is voldoende te differentiëren, onder meer in functie van de houding van het betrokken hulpaanbod ten aanzien van een culturalistisch versus een anti-differentialistisch perspectief, het type zorg dat aangeboden wordt (therapie, substitutie, harm reduction, medisch aanbod,...), enzovoort.



Figuur 2.2: Schematische weergave van factoren die het traject op vlak van druggebruik en zorggebruik kunnen beïnvloeden.

2.9 EEN AANTAL VOORLOPIGE CONCLUSIES – QUELQUES CONCLUSIONS PROVISOIRES

2.9.1 CONCLUSIES

Tot besluit van deze situatieschets van de problematiek willen we een aantal conclusies uit het bovenstaande literatuuronderzoek en de explorerende interviews naar voor brengen.

In eerste instantie is er uit het bovenstaande overzicht weinig duidelijkheid ontstaan over **de prevalentie en de aard van het druggebruik** bij etnisch-culturele minderheden. Of etnisch-culturele minderheden meer, dan wel minder drugs gebruiken en of er verschillen zijn in de aard van het druggebruik – eventueel binnen verschillende culturele groepen en/of nationaliteiten – blijft onduidelijk.

De mogelijke **verklarende factoren** die naar voor geschoven worden kunnen allemaal gerelateerd worden aan het migratieproces en de gevolgen die dit proces heeft voor de positie en situatie van “de migrant” in het gastland. Het gaat hier enerzijds om factoren die rechtstreeks verbonden zijn aan het migratieproces, zoals traumatische ervaringen, meervoudige verliezen en ontworteling en anderzijds factoren die onrechtstreeks gerelateerd zijn aan het migratieproces, waarmee vooral verwezen wordt naar een slechte sociale en/of sociaal-economische positie van etnisch-culturele minderheden in het gastland.

Aandacht gaat onder meer naar volgende mogelijk beïnvloedende factoren:

- drugs als copingwijze om om te gaan met de traumatische ervaringen voor, tijdens of na de migratie
- drugs als copingwijze om om te gaan met de stress van het acculturatieproces en de nieuwe identiteitsvorming voortvloeiend uit het migratieproces
- verlies van sociaal en/of familiaal netwerk door de migratie
- druk vanuit het familiaal/cultureel netwerk
- slechte socio-economische positie (werkloosheid, slechte behuizing, beperkte opleiding, beperkte kennis en kunde van de taal van het gastland,...) voortvloeiend uit de positie in het gastland
- juridische positie, met onder meer drukkende onzekerheid omtrent het al dan niet op lange termijn op legale wijze in het gastland kunnen verblijven
- discriminatie en ervaringen van racisme in het gastland.

Als we de toegang tot hulpverlening met betrekking tot druggebruik bestuderen via het concept van ‘zorgtrajecten’ is het dus noodzakelijk om ook na te denken over het druggebruik op zich, gezien de zorgtrajecten samengesteld zijn uit opeenvolgende etappes gelieerd aan het minder of meer intensief gebruik van drugs en van hulpverlening. Indien we ervoor kiezen deze redenering te volgen om de zorgtrajecten van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden te omringen, zal het bijgevolg noodzakelijk zijn om ook het druggebruik en eventueel het lijden ten gevolge van het migratieverleden van de persoon of diens familie te kennen, alvorens de moeilijkheden inherent aan de toegang tot de hulpverlening door etnisch-culturele minderheden – hetzij bij druggebruikers hetzij bij professionelen en voorzieningen – te bestuderen. Merken we echter op dat de complexiteit van de zorgtrajecten eigen is aan het merendeel van de druggebruikers: de culturele achtergrond van een persoon voegt slechts iets toe aan deze problematiek. Het gaat immers om personen bij wie de moeilijkheden eigen aan het gestigmatiseerd worden en het behoren tot een etnisch-culturele minderheid wellicht een cumulatief effect sorteren.

Wat betreft het zorggebruik en de **zorgtrajecten** van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening, het centrale thema van dit onderzoeksproject, is het uit de bovenstaande situatieschets slechts beperkt duidelijk geworden in welke mate en op welke wijze cliënten uit etnisch-culturele minderheden een ander zorgtraject doorlopen inzake de hulpverlening en ondersteuning voor hun drugproblemen in vergelijking met de gehele cliëntenpopulatie. Er zijn aanwijzingen dat etnisch-culturele minderheden later de instap maken in de drughulpverlening, vlugger uitstromen en meer gebruik maken van hetzij een medisch-georiënteerd behandelaanbod, hetzij een aanbod vanuit de eigen gemeenschap of in het eigen thuisland, maar echte duidelijkheid hebben we vanuit de literatuurstudie hierover niet teruggevonden. Ondanks deze onduidelijkheid over het al dan niet bestaan van verschillen in zorgtrajecten tussen beide groepen wordt in de literatuur toch heel wat aandacht besteed aan het in kaart brengen van mogelijke barrières waar cliënten uit etnisch-culturele minderheden tegenaan kunnen lopen wanneer ze de stap naar de hulpverlening zetten. We hebben hierbij in het literatuuroverzicht volgende barrières besproken verdeeld naar drie clusters:

1. “praktische barrières”, waaronder: het niet op de hoogte zijn van het bestaande hulpverleningsaanbod, communicatie- en taalproblemen, sociaal-economische factoren en juridische elementen.
2. “culturele factoren”, meer bepaald die factoren die ingegeven worden door bepaalde normen, waarden en denkkaders binnen bepaalde etnisch-culturele minderheidsgroepen en de stap naar de hulpverlening kunnen vertragen of bemoeilijken, waaronder: de schaamtegevoelens ten aanzien van het erkennen van

drugproblemen gelinkt aan de gevoelens van schaamte ten aanzien van de familie en/of de gemeenschap, de minder vlugge probleem(h)erkenning, de meer medische en/of materiële visie op de drugproblemen, wat aanleiding kan geven tot het hanteren van een andere visie op of andere verwachtingen ten aanzien van het hulpverleningsaanbod of zelfs kan leiden tot een belangrijke mate van wantrouwen ten aanzien van het westers hulpverleningsaanbod en ten slotte de tendens om er eerder voor te kiezen om de problemen binnen de eigen familiale of gemeenschapscontext op te lossen.

3. “verklarende factoren bij de hulpverlener”, waaronder: een gebrekkige culturele gevoeligheid bij zowel de hulpverleningsorganisatie als de hulpverlener zelf, een aantal structureel-organisatorische elementen binnen het hulpverleningsaanbod waardoor het aanbod niet is afgestemd op de noden en verwachtingen van cliënten uit etnisch-culturele minderheden en het ontbreken van hulpverleners die zelf afkomstig zijn uit etnisch-culturele minderheidsgroepen.

Bij de studie van de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg dienen we bijgevolg rekening te houden met alle hierboven beschreven mogelijke barrières waarmee etnisch-culturele minderheden geconfronteerd kunnen worden. Maar naast de aard van het druggebruik, de hierbij bepalende factoren (o.a. migratiegerelateerde factoren van de persoon zelf en/of zijn familie) en de diverse barrières waarmee deze groepen (kunnen) geconfronteerd worden, dienen we ook aandacht te hebben voor de alternatieve strategieën die door druggebruikers zelf en hun gemeenschappen ontwikkeld worden. Deze alternatieve strategieën kunnen ons heel wat meer informatie geven over het waarom van de beperkte toegang tot de reguliere zorgstructuren en de mogelijkheden om deze tekorten eventueel – en indien nodig – te verminderen of elimineren.

Ten derde vinden we in de literatuur ook verschillende **aanbevelingen** terug om het hulpverleningsaanbod beter af te stemmen op de specifieke verwachtingen en noden van cliënten uit etnisch-culturele minderheden. Zo wordt gewezen op de noodzaak van een goede informatiedoorstroming naar de betrokken doelgroepen toe, het aanpassen van het hulpverleningsaanbod aan een soms meer gemedicaliseerde visie op drugproblematiek en het behandelen ervan bij etnisch-culturele minderheden, het uitbouwen van een meer cultuurgevoelige benadering, zowel op het niveau van de hulpverleningsorganisatie en het –aanbod als bij de hulpverlener zelf, het werken met tolken en het tewerkstellen van hulpverleners die zelf behoren tot een etnisch-culturele minderheid, het meer rekening houden met sociale en economische factoren en het uitbouwen van samenwerkingsverbanden, meer onderlinge coördinatie en initiatieven van case management. Niettemin stelt zich toch de vraag in hoeverre het wenselijk is om zo veel nadruk te leggen op de mogelijke verschillen die er zijn tussen de verschillende cliëntengroepen. Is het niet eerder wenselijk – en ook zinvoller – meer te gaan focussen op onderlinge gelijkenissen?

Besluitend kunnen we dus stellen dat uit de bovenstaande situatieschets duidelijk blijkt dat er algemeen gezien nog weinig informatie voorhanden is wat betreft de prevalentie en aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden, hun zorgtrajecten en zorggebruik, de factoren die deze beide aspecten beïnvloeden en ook de mogelijke barrières waar deze cliënten met betrekking tot het zorggebruik op stoten (Jerrrell & Wilson, 1997). Als we meer specifiek kijken naar de informatie die over dit gegeven beschikbaar is in België, dan moeten we vaststellen dat er tot op heden zo goed als geen onderzoek gebeurd is rond deze thematiek.

2.9.2 CONCLUSIONS

Pour clore cet état des lieux de la problématique, nous souhaitons mettre en évidence une série de conclusions basées sur notre étude de la littérature et des entretiens exploratoires.

D’abord, l’étude ci-dessus nous a éclairé quant à **la prédominance et la nature de l’usage de substances psychoactives** au sein des minorités d’origine étrangère. Il n’apparaît pas clairement que les minorités d’origine étrangère consomment plus ou moins de substances psychoactives. De même, nous ne pouvons être certains de différences d’usage des drogues au sein des groupes de culture et/ou de nationalité différentes.

Tous les éventuels **facteurs explicatifs** mis en évidence peuvent être liés au processus migratoire, et aux conséquences que ce processus a sur le statut et sur la situation que ‘la personne immigrée’ occupe dans le pays d’accueil. Il s’agit ici, d’une part, de facteurs qui sont directement liés au processus migratoire tels que des expériences traumatisantes, des pertes de proches et le déracinement, et d’autre part, de facteurs indirectement liés au processus migratoire, comme les difficultés liées au statut socio-économique des minorités d’origine étrangère dans le pays d’accueil.

Notre attention se porte notamment sur les facteurs explicatifs suivants :

- L’usage de substances psychoactives comme stratégie d’adaptation pour gérer les expériences traumatisantes avant, pendant ou après la migration.
- L’usage de substances psychoactives comme stratégie d’adaptation pour gérer le stress dû au processus d’acculturation et à la formation d’une nouvelle identité suite au processus migratoire.

- La perte du réseau social et/ou familial suite à la migration.
- La pression du réseau familial/culturel
- Un statut socio-économique peu favorable (chômage, logement précaire, formation limitée, connaissance limitée de la langue du pays d'accueil, ...) issu du statut défavorable que les personnes immigrées connaissent dans le pays d'accueil.
- Le statut légal, et notamment l'insécurité par rapport au fait de ne pas pouvoir séjourner à long terme et en toute légalité dans le pays d'accueil.
- La discrimination et les expériences de racisme rencontrées dans le pays d'accueil.

Si nous étudions l'accès aux soins liés à l'usage de drogues par les trajectoires de soins, il est alors nécessaire de se pencher aussi sur l'usage de drogues en lui-même, puisque les trajectoires de soins sont constituées d'étapes alternant un usage plus ou moins important de drogues et de soins. Si l'on choisit de suivre ce raisonnement, pour cerner les trajectoires de soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, il serait donc nécessaire de mieux connaître l'usage de drogues et l'éventuelle souffrance liée au passé migratoire de la personne ou de sa famille, avant de cerner les difficultés inhérentes à l'accès aux soins des minorités d'origine étrangère, que ce soit de la part des usagers de drogues ou des professionnels et des institutions.

Notons toutefois que la complexité des trajectoires de soins est propre à la plupart des usagers de drogues : l'origine culturelle de la personne ne fait qu'ajouter à cette problématique. Il s'agit en effet de personnes cumulant les difficultés propres aux stigmatisés et aux minorités ethnico-culturelles.

En ce qui concerne l'usage de drogues et **la trajectoire** des minorités d'origine étrangère au sein de l'offre de soins liés à l'usage des drogues, l'état des lieux ne clarifie que de manière limitée notre question de recherche, à savoir dans quelle mesure et de quelle manière les usagers issus de minorités d'origine étrangère suivent une trajectoire de soins autre que celle empruntée par les autres usagers de drogues.

Certaines informations démontrent que les minorités d'origine étrangère ont moins vite recours à l'offre de soins liées à l'usage de drogues, s'en détachent plus rapidement et font d'avantage appel soit à l'offre de traitement médical, soit à l'offre d'aide de leur propre communauté ou de leur pays d'origine. Nous n'avons toutefois trouvé aucune explication claire à ce sujet dans notre étude de la littérature.

Malgré ce manque de clarté concernant l'existence ou non de différences dans le trajectoire de soins entre les deux groupes d'usagers, il existe de nombreux documents faisant état de barrières rencontrées par les usagers issus de minorités d'origine étrangère lorsqu'ils font le pas au sein de l'offre de soins existante.

Nous avons classé en trois catégories les barrières traitées dans notre étude de la littérature :

1. "les barrières pratiques", et notamment le fait de ne pas être au courant de l'existence de l'offre de soins, les problèmes linguistiques et de communication, les facteurs socio-économiques et les éléments juridiques.
2. "les facteurs culturels", et plus précisément ces facteurs inspirés par certaines normes, valeurs et cadres de pensées véhiculés au sein des minorités culturelles. Ceux-ci ralentissent ou entravent de manière importante les démarches vers l'offre de soins existante : la reconnaissance de la problématique liée à l'usage de drogues va de pair avec des sentiments de honte vis-à-vis de la famille et/ou de la communauté; on reconnaît moins vite le problème, une vision plus médicale et/ou plus matérielle des problèmes de drogue mène à une autre perception, d'autres attentes, ou encore une méfiance importante par rapport à l'offre de soins occidentale, et on essaie plutôt de résoudre les problèmes au sein de son propre contexte familial ou au sein de sa communauté.
3. les facteurs explicatifs liés au dispensateur de soins : on parle notamment ici d'un manque de sensibilité culturelle tant de la part de l'institution dispensant l'aide que du professionnel de soins lui-même, d'une série d'éléments structuro-organisationnels au sein de l'offre de soins qui font que cette dernière ne s'accorde pas avec les besoins et les attentes des usagers issus des minorités d'origine étrangère, et on évoque aussi le manque de professionnels de soins issus eux-mêmes de minorités d'origine étrangère.

Lorsque nous étudions les trajectoires des minorités d'origine étrangère au sein de l'offre de soins liés à l'usage de drogues, nous devons tenir compte de toutes les barrières potentielles décrites ci-dessus et auxquelles ces minorités peuvent être confrontées. Mais, outre la nature de l'usage des drogues et les facteurs déterminants précités (notamment les facteurs liés au processus migratoire de la personne elle-même et/ou de sa famille), et outre les diverses barrières auxquelles ces groupes (peuvent être) sont confrontés, nous devons aussi prendre en compte les stratégies alternatives que développent les usagers de drogues eux-mêmes et leurs communautés. Ces stratégies alternatives peuvent nous renseigner davantage sur les raisons des limites à l'accès aux structures de soins classiques, et sur les possibilités de pallier, voire d'éliminer ces lacunes - si nécessaire.

En troisième lieu, la littérature évoque aussi plusieurs **recommandations** dans le but d'adapter l'offre de soins aux attentes spécifiques et aux besoins des usagers issus des minorités d'origine étrangère. Ainsi, on y insiste sur la nécessité de faire circuler l'information auprès des groupes concernés, et sur l'importance d'adapter l'offre de soins à la vision parfois plus médicalisée des minorités d'origine étrangère quant à la problématique des drogues. On y rappelle aussi la nécessité d'élaborer une approche plus sensible aux différences culturelles, tant au niveau de l'organisation d'aide et de son offre qu'au niveau du professionnel de soins lui-même. Il s'agit de travailler avec des interprètes et d'embaucher des professionnels de soins issus des minorités d'origine étrangère, de tenir davantage compte des facteurs socio-économiques, et d'établir des rapports de coopération, de coordination et des initiatives de case management. Cependant, la question reste de savoir s'il est souhaitable d'autant insister sur les différences possibles entre les groupes d'usagers. N'est-il pas préférable et plus sensé de se focaliser sur leurs ressemblances réciproques?

En conclusion, d'après l'état des lieux décrit ci-dessus, nous pouvons affirmer qu'il existe encore peu d'informations concernant la prépondérance et la nature de l'usage de drogues au sein des minorités d'origine étrangère, au sujet de la trajectoire et de leur recours aux soins de ces usagers, et au sujet des facteurs que ces deux aspects influencent. Il existe également peu d'écrits concernant les barrières possibles auxquelles ces usagers peuvent être confrontés (Jerell & Wilson, 1997). Si nous examinons spécifiquement l'information disponible concernant cette problématique, nous constatons que jusqu'à aujourd'hui, aucune étude n'a jamais été menée à ce propos.

Referenties - Références

- Abraham, M.D., Cohen P.D.A. & Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
- Adrian, M. (2002). A critical perspective on cross-cultural contexts for addiction and multiculturalism: their meaning and implications in the substance use field. *Substance Use and Misuse*, 37, 8-10, 853-900.
- Alemi, F., Stephens, R.C., Llorens, S. & Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes: expect treatment outcome scale. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 483-509.
- Allard, S.W., Tolman, R.M. & Rosen, D. (2003). Proximity to service providers and service utilization among welfare recipients: the interaction of place and race. *Journal of Policy Analysis and Management*, 22, 599-613.
- Amara, H., Arévalo, S., Gonzalez, S., Szapocznik, J. & Iguchi, M.Y. (2006). Needs and scientific opportunities for research on substance abuse treatment among Hispanic adults. *Drug and Alcohol Dependence* 84S, S64-S75.
- Amaro, H., Whitaker, R., Coffman, G. & Heeren, T. (1990). Acculturation and marijuana and cocaine use: findings from the Hispanic HANES. *American Journal of Public Health*, 80, 54-60.
- Amodeo, M., Robb, N., Peou, S. & Tran, H. (1996). Adapting mainstream substance-abuse interventions for South-East Asian clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 403-412.
- Aouattah, A. (2003). L'immigration ou l'impossible deuil. *Santé Conjugnée*, 23, 91-94.
- Argeriou, M. & Daley, M. (1997). An examination of racial and ethnic differences within a sample of Hispanic, White (non-Hispanic), and African American Medicaid-eligible pregnant substance abusers. The MOTHERS project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 489-498.
- ASBL Santé, Communauté, Participation (2000). Des concepts et une éthique. *Santé Communautaire et Promotion de la Santé*, 1, 1-39.
- Ashruf, A. & van der Eijnden, P. (1996). It's no shame to look for help. Addiction assistance to immigrant addicts. In: *Proceedings of the ICAA-congress*. The Hague, The Netherlands, July 4, 1996.
- Baumann, M., Alla, F. & Empereur, F. (2001). *Psychotropes et dépendances : profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements*. Paris : Ecole de Santé Publique – Faculté de Médecine de l'Université de Nancy 1, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.J. & Dasen, P.R. (1992). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Berthelie, R. (1993). Y a-t-il une toxicomanie des maghrébins ? *Migrations Santé*, 74, 5-20.
- Berthelie, R. (1999). Travail en réseau dans la communauté à partir d'une unité fonctionnelle intersectorielle 'toxicomanie'. *La Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 28, 59-60.
- Bhugra, D. (ed.) (1999). *Mental health practices in multicultural Britain*. London: Royal College of Psychiatry.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Braam, R.V., Verbraeck, H.T. & van de Wijngaart, G.F. (1998). *Allochtonen en verslaving. Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Bracken, P.J., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40, 1073-1082.
- Broers, E. & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Chaundry, M.A., Sherlock, K. & Patel, K. (1997). *Drugs and ethnic health project: Oldham and Tameside, 1007. A report to the West Pennine Drug Action Team*. Manchester: Lifeline/University of Central Lancashire, Preston.
- Chen, J., Bauman, A., Rissel, C., Tang, K.C., Forero, R. & Flaherty, B. (2000). Substance use in high school students in New South Wales, Australia, in relation to languages spoken at home. *Journal of Adolescent Health*, 26, 53-63.
- Cheung, Y.W. (1993). Approaches to ethnicity: clearing roadblocks in the study of ethnicity and substance use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 28, 12, 1209-1226.
- Cognet, M. (2000). Ethnicité et santé : des pistes de recherche. *Les Cahiers du Ceriem*, 6, 69-80.
- Coordinamento veneto su alcol e immigrazione (2005). *Alcologia e immigrazione. Esperienze e interventi : Giornata di studio*. 25 novembre 2005, Padova.
- Cottew, G. & Oyefeso, A. (2005). Illicit drug use among Bangladeshi women living the United Kingdom: An exploratory qualitative study of a hidden population in East London. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 12, 171-188.
- Crowly, J.J. & Simmons, S. (1992). Mental health, race and ethnicity: a retrospective study on the care of ethnic minorities and whites in a psychiatric unit. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1078-1087.

- Dassetto, F. (1990a). Pour une théorie des cycles migratoires. In: Bastenier, R. & Dassetto, F., *Immigrations et nouveaux pluralismes: une confrontation de sociétés*. Bruxelles: De Boeck, pp 11-39.
- Dassetto, F. (1990b). Visibilisation de l'islam dans l'espace public. In: Bastenier, R. & Dassetto, F., *Immigrations et nouveaux pluralismes : une confrontation de sociétés*. Bruxelles: De Boeck, pp 179-208.
- De La Rosa, M.R., Segal, B. & Lopez, R. (eds.) (1999). *Conducting drug abuse research with minority populations*. Binghamton, NY: The Haworth Press, Inc.
- De La Rosa, M., Vega, R. & Radisch, M.A. (2000). The role of acculturation in the substance abuse behaviour of African-American and Latino adolescents: advances, issues, and recommendations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 33-42.
- De Leon, G., Melnick, G., Schoket, D. & Jainchill, N. (1993). Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 77-86.
- Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science and Medicine*, 50, 1557-1570.
- Department of Health and Human Services (DHHS) US (1994). *Substance abuse among women and parents*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- De Spiegelare, M. (2004). Quelques données épidémiologiques. *Santé Conjugée*, 29, 48-54.
- Eland-Goossensen, M.A., Van de Goor, I.A.M., Benschop, A.J. & Garretsen, H.F.M. (1998). Profiles of heroin addicts in different treatment conditions and in the community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30, 11-20.
- Eland, A. & Rigter, H. (2001). *Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie*. Utrecht: Bureau Nationale Drugmonitor.
- Ellis, M.A. (1999). Support for the effectiveness of culturally competent drug and alcohol treatment, policy planning and programme development. *Journal of Substance Use*, 4, 35-40.
- Escobar, J.I. & Vega, W.A. (2006). Cultural issues and psychiatric diagnosis: providing a general background for considering substance use diagnoses. *Addiction*, 101 (suppl. 1), 40-47.
- Estrada, A.L., Trevino, F.M. & Ray, L.A. (1990). Health care utilization barriers among Mexican-Americans: Evidence from HHANES 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80, 27-31.
- Fassin, D. (1998). Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? *Les faux semblants de la régularisation, Plein Droit*, 38.
- Fassin, D. (1999). L'indicible et l'impensé : la 'question immigrée' dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 5-34.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Santé: Le traitement de la différence, Hommes et Migrations*, 1225, 5-12.
- Fassin, D. (2001). La santé des immigrés et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance. In: Joubert M. et al., *Précarisation, risque et santé*. Paris: INSERM, pp 187-196.
- Finch, B.K., Hummer, R.A., Kolody, B. & Vega, W.A. (2001). The role of discrimination and acculturative stress in Mexican-origin adult's physical health. *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, 23, 399-429.
- Finn, P. (1994). Addressing the needs of cultural minorities in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 4, 325-337.
- Finn, P. (1996). Cultural responsiveness of drug user treatment programs: Approaches to improvement. *Substance Use and Misuse*, 3, 4, 493-518.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M.P. (1999). Drug treatment effectiveness and client-counselor empathy: exploring the effects of gender and ethnic congruency. *Journal of Drug Issues*, 29, 59-74.
- Fiorentine, R., Nakashima, J. & Anglin, M.D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 3, 199-206.
- Fisher, D.G., Lanford, B.A. & Galea, R.P. (1996). Therapeutic community retention among Alaska Natives: Akela House. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 265-271.
- Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K. & Carpentier, C. (2002). *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities*. Lisbon: EMCDDA.
- Gaines, A.D. (1992). From DSM-I to DSM-III-R. Voices of self, mastery and the other. A cultural constructivist reading of United States psychiatric classification. *Social Science and Medicine*, 35, 3-24.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Grusser, S.M., Wolfling, K., Morsen, C.P., Albrecht, U. & Heinz, A. (2005). Immigration-associated variables and substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 98-104.
- Guyette, S. (1982). Selected characteristics of American Indian substance abusers. *International Journal of the Addictions*, 17, 1001-1014.
- Haasen, C., Lambert, M., Yagdiran, O. & Krauz, M. (1997). Psychiatric disorders among migrants in Germany: Prevalence in a psychiatric clinic and implications for services and research. *European Journal of Psychiatry*, 12, 305-310.
- Haasen, C., Yagdiran, O. & Toprak, M.A. (2001). Negative outcome factors for addicted migrants. *European Addiction Research*, 7, 202-204.

- Harrison, L., Sutton, M. & Gardiner, E. (1997). Ethnic differences in substance use and alcohol-use-related mortality among first generation migrants to England and Wales. *Substance Use and Misuse*, 32, 849-876.
- Hjern, A. (2004). Illicit drug abuse in second-generation immigrants: a register study in a national cohort of Swedish residents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 40-46.
- Hodes, M. (2000). Psychological distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 57-68.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. & Chou, C. (1998). Evaluation of drug abuse treatment. Repeated measures design assessing methadone maintenance. *Evaluation and Review*, 12, 547-570.
- Ingleby, D. (1995). Psychosocial problems among children of migrants. In: *Proceedings of the annual meeting of the European Society of Social Paediatrics: Child health care for migrants and refugees*. Rotterdam: Stichting Ouder- en Kindzorg, pp 40-46.
- Ingleby, D. (2005). Editor's introduction. In: Ingleby, D. (ed.), *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer, pp 1-28.
- Ja, D.Y. & Aoki, B. (1993). Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 61-71.
- Jackson, M.S., Stephens, R.C. & Smith R.L. (1997). Afrocentric treatment in residential substance abuse care. *Journal of substance abuse treatment*, 14, 1, 87-92.
- Jeanmart, C. (2005). *Des usagers de drogues et des familles: analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge*. Lille: Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques.
- Jerrell, J. & Wilson, J. (1997). Ethnic differences in the treatment of dual mental and substance disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 133-140.
- Jones, L. (1998). Adolescent groups for encamped Bosnian refugees: Some problems and solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 541-551.
- Jung, C. (2004). Immigration et toxicomanie. *Revue Toxicbase, Migrants et usages de drogues*, 13, 1-3.
- Jung, C. (2002). Prévention de la toxicomanie en milieu migrant. *Santé de l'Homme*, 357, 23-26.
- Juon, H., Shin, Y. & Nam, J. (1995). Cigarette smoking among Korean adolescents: prevalence and correlates. *Adolescence*, 30, 631-641.
- Kahn, K. (1999). Premières conclusions du projet 'Race & Drugs'. *Études Tsiganes*, 14, 2, 34-42.
- Kamperman, A.M., Komproe, I.H. & De Jong, J.T.V.M. (2003). De relatie tussen culturele aanpassing en psychische gezondheid bij eerste generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse migranten. *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 31, 163-174.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry; the role of culture cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151, 474-454.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation. Towards an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 275-301.
- Kline, A. (1996). Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identity. *Substance Use and Misuse*, 31, 323-342.
- Lalivie d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Cavalli, S. & Spini, D. (2005). Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire. In: Guillaume, J.-F., Lalivie d'Épinay, C. & Thomsin, L., *Parcours de vie: regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Liège: Editions de l'Université de Liège.
- Leman, J. & Gailly, A. (eds.) (1991). *Thérapies interculturelles : l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Bruxelles: de Boeck Université.
- Lennert, M. (2001) (sous la dir. de J-M. Decroly). *Flux migratoires de et vers la Belgique. Une étude pour la Fondation Roi Baudouin*. Bruxelles: ULB IGEAT.
- Littlewood, R. (1992). From categories to contexts: a decade of the 'new transcultural psychiatry'. *British Journal of Psychiatry*, 156, 308-323.
- Lodewyckx, I., Janssens, A., Ysabee, P. & Timmerman, Ch. (2005). *Allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening?* Antwerpen – Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid – Consortium UA en UHasselt; Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) – UA.
- Lombrail, P. (1999). A propos des liens entre santé et migration. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 4, 37-44.
- Longshore, D., Hsieh, S. & Anglin, M.D. (1993). Ethnic and gender differences in drug users' perceived need for treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 28, 6, 539-558.
- Longshore, D., Grills, C., Anglin, M.D. & Annon, K. (1997). Desire for help among African-American drug users. *Journal of Drug Issues*, 27, 755-770.
- Longshore, D., Grills, C. & Annon, K. (1999). Effects of a culturally congruent intervention on cognitive factors related to drug-use recovery. *Substance Use and Misuse*, 34, 1223-1241.
- Lurbe, I. & Puerto, K. (2005). *La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris*. Barcelona: Universitat Autònoma.

- Ma, G.X.Q & Shive, S. (2000). A comparative analysis of perceived rises and substance abuse among ethnic groups. *Addictive Behaviors*, 25, 361-371.
- Manço, U. (2000). La présence musulmane en Belgique: dimensions historique, démographique et économique. In: Manço, U. (ed.), *Voix et voies musulmanes de Belgique*. Bruxelles: Facultés Universitaires Saint-Louis, pp 17-39.
- Manço, U. (2004a). Musulmans et islam en Occident: révélateurs des limites du pluralisme culturel démocratique ? In: Manço, U. (ed.), *Reconnaissance et discrimination: présence de l'islam en Europe occidentale et en Amérique du Nord*. Paris: L'Harmattan, pp 13-34.
- Manço, U. (2004b). Intégration des musulmans et reconnaissance du culte islamique: un essai de bilan. In: Manço, U. (ed.), *Reconnaissance et discrimination: présence de l'islam en Europe occidentale et en Amérique du Nord*. Paris: L'Harmattan, pp 85-116.
- Martiniello, M. & Vranken, J. (2006). *La pauvreté chez les personnes d'origine étrangère en chiffres: rapport partiel de 'pauvreté chez les personnes d'origine étrangère'*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Milhet M. (2003). *L'expérience des traitements de substitution : une sortie de la toxicomanie ?* Thèse présentée pour l'obtention du grade de Docteur de l'université Bordeaux 2, <http://substitution.free.fr>, 14/02/2007.
- Min, P.G. (1995). An overview of Asian Americans. In: Min, P.G. (ed.), *Asian Americans*. Thousand Oaks: Sage, pp 10-37.
- Minsky, S., Vega, W.A., Miskimen, T., Gara, M. & Escobar, J.L. (2003). Diagnostic patterns in Latino, African American and European American psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 637-644.
- Mojtabai, R. (2005). Use of speciality substance abuse and mental health services in adults with substance use disorders in the community. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 345-354.
- Moselhy, J.F. & Telfer, I. (2002). The pattern of substance misuse among ethnic minorities in a community drug setting. *European Journal of Psychiatry*, 16, 240-247.
- Nemoto, T., Aoki, B., Huang, K., Morris, A., Nguyen, H. & Wong, W. (1999). Drug use behaviors among Asian drug users in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 24, 823-838.
- Nourozifar, M. & Zangeneh, M. (2006). Mental health and addiction stage of ethnicocultural/racial communities. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 288-293.
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA) (2002). *EMCDDA scientific report. Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities, Volume 1 – Synthesis*. Lisbonne: EMCDDA.
- Observatoire Européen des Phénomènes Racistes et Xénophobes (EUMC) (2006). *Migrants' experiences of Racism and Xenophobia in 12 EU member states: pilot study*. Vienne: EUMC.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2002a). *L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique*. Berne: OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2002b). *Projet Migration et Santé: rapport final 2000-2002*. Berne: OFSP.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2006). *Recherche Migration et Santé*. Berne: OFSP.
- Orlandi, M.A. & Weston, R. (1995). From predation to cultural sensitivity. *Contemporary Psychology*, 40, 3, 248-249.
- Panunzi-Roger, N. (2005). L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine. *Psychotropes*, 11, 1, 33-54.
- Perez-Arce, P., Carr, K.D. & Sorensen, J.L. (1993). Cultural issues in an outpatient program for stimulant abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 35-44.
- PICO (1999). *Eindrapport Dataproject etnisch-culturele minderheden*. Provincie Oost-Vlaanderen: Provinciaal Integratiecentrum Oost-Vlaanderen vzw (PICO).
- Picozzi, M. (2004). Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie. In: Pasini, N. (ed.), *La salute degli immigrati in Lombardia. Problemi e prospettive*, Milano: Fondazione ISMU, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, pp 239-246.
- Rassool, G.H. (2006). Substance abuse in black and minority ethnic communities in the United Kingdom: A neglected problem? *Journal of Addictions Nursing*, 17, 127-132.
- Rastogi, M. & Wadhwa, S. (2006). Substance abuse among Asian Indians in the United States: A consideration of cultural factors in etiology and treatment. *Substance Use and Misuse*, 41, 1239-1249.
- Rastogi, M. & Wampler, K.S. (1999). Adult daughters' perceptions of the mother-daughter relationship: a cross cultural comparison. *Family Relations*, 48, 327-336.
- Raylu, N. & Oei, T.P. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23, 1087-1114.
- Rebach, H. (1992). Alcohol and drug use among American minorities. In: Trimble, J.E., Bolek, C.S. & Niemczyk, S.J. (eds.), *Ethnic and multicultural drug abuse: perspectives on current research*. New York: Harrington Park Press, pp 23-57.

- Reid, G., Aitken, C., Beyer, L. & Crofts, N. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs – Education, Prevention and Policy*, 8, 359-374.
- Revet, S. (2003). *La santé des migrants: le paradoxe de la mortalité des Marocains en France*. Séminaire organisé par l'INSERM sur le thème 'Santé, inégalités, ruptures sociales'. Paris: INSERM, juin 2003.
- Richman, N. (1993). Annotation: Children in situations of political violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1286-1302.
- Room, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*, 101 (suppl. 1), 31-39.
- Rousseau, C., Drapeau, A. & Corin, E. (1997). The influence of culture and context on the pre- and post-migration experience of school-aged refugees from Central America, and Southeast Asia in Canada. *Social Science and Medicine*, 44, 1114-1427.
- Salvioni, P. et al. (2002). Tossicodipendenza e immigrazione: analisi sociodemografica degli utenti di un servizio a bassa soglia d'accesso a Milano. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, XXV (1-2), 101-110.
- Sam, D.L. & Berry, J.W. (1995). Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 10-24.
- Sandwijk, J.P., Cohen, P.D.A., Musterd, S. & Langemeijer, M.P.S. (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam II: Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. <http://www.cedro-uva.org/lib/sandwijk/prvasd94.pdf>.
- Schneider, J. (2001). *Drug treatment and ethnicity. A comparative study in the metropolitan areas of Frankfurt, Tel Aviv and San Francisco*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Sellman, J.D., Huriwai, T.T., Ram, R.S. & Deering, D.E. (1997). Cultural linkage: Treating Maori with alcohol and drug problems in dedicated Maori Treatment Programs. *Substance Use and Misuse*, 32, 415-424.
- Silove, D. (2005). From trauma to survival and adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. In: Ingleby, D. (ed.), *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer, pp 29-52.
- Stanley, J., Brown, L.S. & Primm, B.J. (1997). 68 African Americans: epidemiologic, prevention, and treatment issues. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B. & Langrod, J.G. (eds.), *Substance abuse: a comprehensive textbook (3rd edition)*, pp 699-705.
- Strakowski, S.M., Keck, P.E., Arnold, I.M. et al. (2003). Ethnicity and diagnosis in patients with affective psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 747-754.
- Strauss, A. et al. (1992). Maladies et trajectoires. In: Strauss, A. (ed.), *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan, pp 143-189.
- Stuart, G.W., Minas, I.H. & Klimidis, S. (1996). English language ability and mental health service utilization: A census. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 270-22.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counselling. *American Psychologist*, 53, 440-448.
- Sue, S., Nakamura, C.Y., Chung, R.C.Y. & Yee-Bradbury, C. (1994). Mental health research on Asian-Americans. *Journal of Community Psychology*, 22, 61-67.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santisteban, D., Hervis, O. & Kurtines, W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural system approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Taïeb, E. (2002). Immigration et 'intégration': de quoi parle-t-on ? *La Santé de l'Homme*, 357, 15-18.
- Terrel, M.D. (1993). Ethnocultural factors and substance abuse: toward culturally sensitive treatment models. *Psychology of addictive behaviors*, 7, 3, 162-167.
- Team Maatzorg Allochtonen (1998). *Kleurrijke maatzorg: een inleiding*. Borgerhout: TheMA.
- Tjaden, B.R. & Spoek, A.M. (2001) *Nieuwe en Oude Nederlanders in de klinische verslavingszorg. Achtergrond van drop-out bij allochtone en autochtone cliënten*. Arta, landelijk centrum voor verslavingszorg.
- Tolfree, D. (1996). *Restoring playfulness. Different approaches to assisting children who are psychologically affected by war or displacement*. Falun: Scandbook.
- Yeh, M., Takeuchi, D.T & Sue, S. (1994). Asian-American children treated in the mental health system: a comparison of parallel and mainstream outpatient service centres. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 5-12.
- Van de Wijngaart, G.F. (1997). Drug problems among immigrants and refugees in The Netherlands and the Dutch health care and treatment system. *Substance Use and Misuse*, 32, 909-938.
- van Batenburg-Eddes, T., Blanken, P., Burger, I. & Hendriks, V.M. (2004). Alcohol- en druggebruikers bij Parnassia Verslavingszorg onder de loep; Den Haag 1999-2001. *Epidemiologisch Bulletin tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag*, 39, 3, 2-8.

- Vandevelde, S., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*. Brussel: VAD.
- Vega, W.A., Alderete, E., Kolody, B. & Aguilar-Gaxiola, S. (1998). Illicit drug use among Mexicans and Mexican Americans in California: the effects of gender and acculturation. *Addiction*, 93, 1839-1850.
- Verdurmen, J., Nagels, T. & Smit, F. (2003). *Etnische groepen in de Nederlandse verslavingszorg. Een studie naar persoonlijke behoeften, doelen en percepties van belemmerende factoren*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Verdurmen, J.E.E., Smit, F., Toet, J., Van Driel, H.F. & Van Ameijden, E.J.C. (2004). Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years. *Addiction Research and Theory*, 12, 285-298.
- Verrept, H. (1998). *Traditionele genezers in de Marokkaanse gemeenschap in Brussel*. Brussel: VUB.
- Vignes, M. (2007). *Parcours urbains de soins de personnes séropositives en situation sociale de vulnérabilité. Systèmes médical et social et parcours de vie*. Communication AISLF.
- Vrieling, I., Van Alem, V.C.M & Van de Mheen, H. (2000). *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*. Rotterdam: IVO.
- Wade, P. & Bernstein, B.L. (1991). Culture sensitivity training and counselor's race: effects on Black female clients' perceptions and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 9-15.
- Weibel-Orlando, T.J. (1993). Culture-specific treatment modalities: assessing client-to-treatment in fit in Indian alcoholism programs. In: Freeman, E.M. (ed.), *Substance abuse treatment: a family systems perspectives*. Newbury Park: Sage Publications, pp 261-285.
- Wells, K.B., Hough, R.L., Golding, J.M., Burnam, A. & Karno, M.K. (1987). Which Mexican-Americans underutilize health services? *American Journal of Psychiatry*, 144, 918-922.
- Westermeyer, J. & Janca, A. (1997). Language, culture and psychopathology: Conceptual and methodological issues. *Transcultural Psychiatry*, 34, 291-311.
- Yildiz, A. & Keersmaeckers, L. (2001). *Rapport: allochtone verenigingen en drugs in Antwerpen*. Antwerpen: SODA.
- Zane, N., Enomoto, K. & Chun, C.A. (1994). Treatment outcomes of Asian and White American clients in outpatient therapy. *Journal of Community Psychology*, 22, 177-191.

CHAPITRE 3:

ETUDE DE CAS: CONSOMMATION DE DROGUES ET TRAJECTOIRES DE SOIN DE PERSONNES ISSUES DES MINORITES D'ORIGINE TURQUE ET MAROCAINE

3.1 INTRODUCTION

Dans le deuxième chapitre nous avons détaillé quelques explications et hypothèses pour la répartition disproportionnée des personnes issues des minorités. Clairement, nous ne pouvons pas ignorer le caractère foncièrement hétérogène de l'immigration en Belgique. L'analyse des vingt nationalités les plus importantes en nombre et présentes dans notre pays tend à le prouver, puisque, si ces nationalités sont avant tout celles de pays intégrés à l'Union Européenne (U.E.), il s'agit aussi de nationaux provenant du reste de l'Europe, d'Afrique, d'Amérique du Nord, et d'Asie (voir tableau 3.1). En outre, l'hétérogénéité du phénomène migratoire se base aussi sur la diversité des raisons de la migration, ou des situations socio-économiques connues par ces populations. Mais notre objet n'est pas d'étudier cette hétérogénéité : il s'agit simplement de la prendre en compte pour mener à bien notre recherche.

C'est ainsi que nous avons choisi de fixer notre attention sur deux groupes spécifiques issues des minorités, notamment des personnes d'origine turque et marocaine. Si nous avons choisi de nous centrer spécifiquement sur ces deux groupes socio-culturels, c'est parce qu'ils constituent les effectifs de nationaux étrangers hors U.E. les plus importants dans notre pays. En outre, comme nous le verrons, ces deux groupes sont l'objet de discriminations diverses, discriminations que nous sommes susceptibles de retrouver dans l'accès à la santé.

Compte tenu de l'importance quantitative relative de deux ces groupes, il importe de compléter la problématisation et la contextualisation générale qui ont été effectuées jusqu'à présent par un chapitre consacré exclusivement à ces deux groupes et aux éléments spécifiques concernant leurs processus de migration, la prévalence et la nature de la consommation de drogues en leurs seins, leurs trajectoires de soins et les éventuels facteurs spécifiques qui expliquent les différences observables dans ces trajectoires.

3.2 QUELQUES DONNEES STATISTIQUES CONCERNANT LES NATIONALITES ETRANGERES EN BELGIQUE

La Belgique, terre d'immigration, semble connaître un phénomène migratoire clairement hétérogène. Ainsi, la liste des vingt premières nationalités étrangères présentes en Belgique au 1.1.2004, répertoriées en ordre décroissant, démontre la présence attendue de nationaux issus de pays intégrés à l'Union Européenne à cette époque : ils représentent dix de ces vingt nationalités (voir tableau 3.1). La présence de nationaux issus du reste de l'Europe est aussi importante, comme l'attestent les chiffres relatifs à la Turquie ou à la Pologne. Ensuite, la présence de nationaux du continent africain est soulignée par la forte présence de Marocains, et dans une nettement moindre mesure de Congolais et d'Algériens. Si l'on exclut les pays intégrés à l'U.E., le Maroc et la Turquie représentent les deux principaux pays d'immigration en Belgique. Ils constituent les seuls pays non intégrés à l'U.E. se classant dans les dix premières nationalités étrangères (Service Public Fédéral Economie, PME, Classes Moyennes et Energie, 2004).

Pays	Nombre	% de la population de nationalité étrangère
Italie	183 021	21.27%
France	114 943	13.36%
Pays-Bas	100 700	11.71%
Maroc	81 763	9.50%
Espagne	43 802	5.09%
Turquie	41 336	4.80%
Allemagne	35 530	4.13%
Portugal	26 802	3.12%
Grande-Bretagne	26 183	3.04%

Grèce	17 096	1.99%
Congo (Rép. dém.)	13 823	1.61%
Etats-Unis d'Amérique	11 582	1.35%
Pologne	11 570	1.34%
Algérie	7 336	0.85%
Yougoslavie (ex)	7 052	0.82%
Chine (Rép. populaire)	6 883	0.80%
Roumanie	4 617	0.54%
Suède	4 437	0.52%
Inde	4 363	0.51%
Luxembourg	4 312	0.50%

Tableau 3.1: Nombre de personnes de nationalités étrangères présentes en Belgique au 1.1.2004.

3.3 HISTOIRE DE L'IMMIGRATION TURQUE ET MAROCAINE EN BELGIQUE

3.3.1 CONTEXTE HISTORIQUE

Certains auteurs, comme Manço (2000), ont été tenté d'étudier l'immigration turque et marocaine en la généralisant à l'immigration turque et maghrébine, voire à l'immigration musulmane : cette généralisation s'avérait adéquate notamment par l'importance de l'immigration marocaine dans l'immigration maghrébine, et par l'importance de cette dernière et de l'immigration turque, dans l'immigration musulmane. Ainsi, l'immigration turque et maghrébine représente à elle seule 90 à 95% de l'immigration musulmane en Belgique. Cette immigration s'est surtout développée à partir de 1964 : si des embauches collectives d'ouvriers, y compris turcs et maghrébins, ont commencé dès 1922 pour alimenter les besoins en main d'œuvre dans les mines wallonnes, et si les vagues d'immigration ont été d'autant plus importantes à la fin des années 30 et juste après la deuxième guerre mondiale, la catastrophe de Marcinelle en 1956 avec 262 victimes (dont la plupart des immigrés italiens) a d'une part poussé Rome à augmenter ses exigences en matière de sécurité du travail et de protection sociale de ses immigrés, et d'autre part poussé les autorités belges à conclure des accords avec des pays moins regardants à cet égard, notamment le Maroc et la Turquie en 1964 (Manço, 2000).

Le cycle de la **migration en Belgique** est constitué de **trois étapes** (Dassetto, 1990a):

La première renvoie au moment où la migration a uniquement une fonction salariale. Cette étape ne permet qu'à la marge l'insertion des populations dans l'espace institutionnel et politique, leur présence n'étant conçue que comme provisoire, et l'immigration qu'en terme de flux. Cette conception est d'ailleurs partagée par l'immigrant lui-même. En outre, le statut juridique précaire des permis de séjour et de travail justifie le traitement différentiel en terme de droits sociaux et légitime cette marginalité sociale.

Lors du deuxième moment du cycle migratoire, débute la stabilisation de la migration par le mariage avec des autochtones ou par le regroupement familial. A vrai dire, à ce moment, cette stabilisation est encore occultée, non vécue, surtout par les pères et les liens encore très forts avec le pays d'origine. Mais un processus d'enculturation, d'acquisition de traits de la culture de l'espace d'arrivée s'initie dans le noyau familial.

Enfin, dans la troisième étape s'établit la problématique de la co-inclusion sociétale et étatico-politique : la durée d'implantation, l'émergence de leaders bipoitionnés, l'apparition des enfants, leur croissance et leur entrée à l'école favorisent la reconnaissance réciproque, et inscrivent les immigrés dans le temps social de la société où ils habitent, et la société leur reconnaît cette inscription, du moins en termes démographiques puisque la traduction en tant que fait social semble moins évidente. Un nouveau problème émerge : celui de la co-inclusion, chacune des parties en présence étant amenée à inclure l'autre, dans les pratiques sociales et dans l'imaginaire organisé dont chaque acteur dispose.

Ainsi, l'histoire de **l'immigration turque et marocaine en Belgique** a commencé par la signature des accords d'importation de main d'œuvre, en 1964 : jusqu'en 1974, la Belgique a vu arriver des hommes adultes employés dans l'industrie et dans les travaux publics, aujourd'hui à l'âge de la retraite. Ils étaient fréquemment originaires des régions urbanisées et possédaient un niveau de scolarité modeste mais valable pour l'époque, et les Maghrébins maîtrisaient le français au moins oralement. Par la suite, les régions d'origine Maghrébines et Turques se sont ruralisées progressivement, et le taux d'analphabétisme parmi les migrants s'est élevé (Manço, 2000).

En même temps, dès les années 60, le regroupement familial fut encouragé par les autorités belges, et ce non plus seulement pour alimenter les besoins en main d'œuvre, mais aussi en tant que réserve démographique, alors que le baby-boom est terminé et que le vieillissement de la population s'accélère. Dès 1974, les travailleurs

expatriés originaires du Maroc et de la Turquie font donc venir leur épouse et leurs enfants, et l'arrivée des familles met en lumière pour la première fois la présence de l'islam en Belgique, vis-à-vis duquel la période de crise économique aide à la genèse d'une certaine hostilité. En outre, avec l'arrivée des enfants, apparaissent les problèmes sanitaires et de scolarité, et l'inquiétude des parents en rapport à la transmission de la culture d'origine : les enfants des migrants, arrivés en Belgique en bas âge ou qui y sont nés, connaissent un tiraillement entre une vie familiale, teintée de traditions rurales et où l'idée de retour au pays alimente les esprits, et la société d'accueil, inconnue, crainte mais fascinante, et où l'exclusion s'installe peu à peu (Manço, 2000).

1974 est aussi l'année de la fin officielle de l'immigration, suite au premier choc pétrolier de 1973 : même si le regroupement familial, le refuge politique ou l'arrivée d'étudiants étrangers restent possibles, cette fermeture fait alors surgir la question des minorités culturelles et religieuses non européennes, et essentiellement musulmanes, définitivement installées dans notre pays. Outre le chômage et l'immigration clandestine, la population turque et maghrébine connaît une nouvelle problématique socioculturelle, avec notamment la cohabitation pluriculturelle, la discrimination sociale, la reconnaissance du culte islamique, la scolarité des enfants, l'apparition d'une population de nouveaux belges naturalisés, la participation politique, etcetera (Dassetto, 1990b; Manço, 2000). La discrimination se sera basée notamment sur la stratification du marché du travail, entre nationaux et étrangers, voire entre nationaux, citoyens européens, et ressortissants extra-communautaires pour lesquels la libre circulation des travailleurs des pays membres du marché commun engendrera des distinctions sociales, politiques, économiques et juridiques, et sur les comportements et attitudes xénophobes de la population belge à l'égard des derniers arrivés des migrations ouvrières. Selon Manço, la présence de populations musulmanes d'origine immigrée continue à susciter encore de nombreuses controverses et incompréhensions tant dans la classe politique que dans l'opinion publique belge (Manço, 2000).

De 1984 à 1994, la présence des groupes culturels maghrébins et de turcs est de plus en plus visible, et ce dû à la prise de conscience de la majorité des musulmans de leur installation définitive, et l'affirmation collective de la présence de la religion islamique. L'environnement autochtone est de plus en plus jugé exclu et matérialiste. Les hommes de première génération perdent leur autorité, face au chômage, à l'incapacité physique et linguistique, à la scolarisation des enfants, et à l'émancipation féminine; ils se réfugient dans la mosquée et le café. Les gendres, souvent venus du pays d'émigration et insuffisamment socialisés à la population belge, les y suivent, et leur islam devient plus radical que celui de leur beau-père, alors que les femmes et les jeunes nés et socialisés en Belgique fréquentent rarement les mosquées (Manço, 2000). Les prescriptions islamiques et des pratiques socioculturelles religieuses apparaissent dans l'espace public, notamment dans l'institution scolaire, les services de santé, les services sociaux et administratifs, dans le monde du travail, lieux de frictions entre les musulmans et la société d'accueil (Manço, 2004a). Face à la perception autochtone selon laquelle la présence turque et maghrébine serait menaçante (entre autres exprimé par les succès électoraux consécutifs du Vlaams Blok/Vlaams Belang), la jeunesse de la seconde génération cherche à être reconnue, que ce soit par la délinquance, la contre-culture, certaines pratiques et certains discours religieux, souvent médiatisés, mais aussi par l'accès à l'enseignement supérieur qui tend à s'améliorer (Manço, 2000).

Enfin, de 1994 à 2004, la configuration démographique de la population turque et maghrébine est complète, avec la présence de trois générations et une parité numérique entre sexes (Manço, 2000). Particulièrement pour l'immigration originaire de la Turquie, des réseaux associatifs locaux, nationaux, voire transnationaux, qu'ils soient de nature culturelle, religieuse, politique ou sportive, émergent. La structuration sociale des turcs et marocains devient plus complexe, puisqu'une couche élitaire aux appartenances culturelles et idéologiques plurielles apparaît, notamment dans la vie publique. Ce développement est favorisé par une meilleure formation et une meilleure maîtrise des langues nationales par les membres de la seconde génération. Cela engendre une présence actuelle de plus en plus grande des membres actifs de l'immigration turque et maghrébine, surtout marocains, aux postes d'employés, de fonctionnaires, de travail social, de professions libérales et scientifiques, et de milieux commerciaux. Le rapport à la religion se modifie, et de plus en plus de mosquées se dotent de salles réservées à des activités religieuses et sociales, aussi bien pour les femmes que pour les jeunes (cours de langue et d'informatique, école de devoir, prévention contre la délinquance et les drogues, activités sportives). L'islam des jeunes s'exprime par des associations militantes et modernistes, moins liées aux mosquées, et surtout à l'expression traditionaliste et peu instruite, et des pratiques magico-religieuses, de l'islam populaire des parents (Manço, 2000).

3.3.2 QUANTIFICATION DES MIGRATIONS TURQUES ET MAROCAINES

D'après l'étude de Lennert (2001), l'immigration enregistrée en Belgique est une immigration essentiellement européenne (31 000 entrées sur 52 000 par année (59.6%) en moyenne entre 1993 et 1999). Les ressortissants du Maghreb et de la Turquie représentent 7 000 entrées (13.5%). Le solde migratoire (différence entre le nombre d'entrées et de sorties du territoire) sur la même période est de 20 000 personnes (par an, en moyenne) toutes

nationalités confondues. Maghrébins et Turcs contribuent plus à ce solde que les européens en raison d'une émigration plus faible que celle des européens. Ainsi le solde migratoire pour les personnes Maghrébines et Turques est de 5 000 (entrées nettes par an en moyenne, soit un quart de l'ensemble du solde migratoire). Par ailleurs le rapport entre immigration et émigration pour ces deux nationalités est de 4/1, alors que pour les Européens du Sud et les Nord-Américains, il est de 3/2. Le flux de personnes originaires du Maghreb et de Turquie relève donc plus d'une migration durable vers la Belgique alors que les migrations des ressortissants d'Europe du Sud et d'Amérique du Nord s'apparente plus à une mobilité accrue de travailleurs entre états.

Concernant les permis de travail, leur octroi à des personnes Turques et Maghrébines commence dans les années soixante (où celles-ci représentent entre un tiers et la moitié des permis octroyés). En 2000, le groupe faisant l'objet du plus grand nombre d'octrois de permis de travail sont les Maghrébins (et surtout les Marocains), devant les Asiatiques et les Nord-Américains. Si on réalise le rapport entre l'octroi de permis de travail A (à durée indéterminée, sur demande du travailleur) et B (à durée déterminée sur demande de l'employeur en lien avec un contrat de travail spécifique), on constate que pour les Africains (catégorie composée essentiellement de Maghrébins) le rapport est toujours au moins supérieur à 1 depuis 1974, et toujours supérieur à 2/1 à partir de 1997 (et est aux alentours de 6/1 entre 1988 et 1995). Pour les Nord-Américains, il est sur la période 1974-1999 constant à 1/3. Dans le cas des Nord-Américains, la migration semble donc plus liée à des missions de travail, alors que pour les Africains, la migration apparaît plus durable et moins liée à un contrat de travail spécifique. Lennert (2001) a complété ces résultats par une analyse exploratoire des permis B octroyés dans les régions bruxelloise et wallonne par nationalité et par type d'activité. Il en ressort que les Marocains et les Congolais (et dans une moindre mesure les Polonais et les Chinois) travaillent essentiellement dans les domaines de la santé, de l'horeca et des services de nettoyage (secteur dans lequel les Marocains sont surreprésentés).

Enfin, pour ce qui est des visas de long séjour, en 2000, un tiers de ceux-ci sont délivrés à des ressortissants Turcs (suivent ensuite la Roumanie, la Pologne, la Chine, la République Démocratique du Congo et les Etats-Unis). Par ailleurs, au niveau des demandes d'asile, la part des Turcs ou de Marocains n'est pas significative sur les quinze dernières années.

3.3.3 DISCRIMINATIONS ET DIFFERENCES ENTRE GROUPES TURQUES ET MAROCAINES

Selon les données démographiques de l'INS de 1996, 68% de la population de nationalité marocaine vivait sur le territoire de dix communes seulement, où ils représentaient en moyenne 34% de la population de nationalité étrangère: en ordre décroissant, Anvers, Bruxelles-Ville, Molenbeek, Schaerbeek, Anderlecht, Saint-Gilles, Liège, Forest, Malines, Saint-Josse. De même, 60% de la population de nationalité turque vivait sur le territoire de dix communes, où ils représentaient en moyenne 18% de la population étrangère: en ordre décroissant, Schaerbeek, Gand, Anvers, Charleroi, Genk, Saint-Josse, Beringen, Heusden-Zolder, Bruxelles-Ville, Liège (Manço, 2000).

Au-delà des ressemblances qui peuvent parfois distinguer populations turque et marocaine des autres groupes d'immigrants européens, les histoires de ces deux groupes sont différentes et ne favorisent pas une fréquentation entre eux. Ainsi, l'émigration turque est plus marquée que l'émigration marocaine, par son aspect tardif, ses origines rurales, son caractère familial, la préservation de sa langue d'origine, la faiblesse de ses qualifications économiques et la mise en place d'organisations communautaires. Le repli sur soi turc existe bien et s'illustre par la persistance de tradition ethnico-familiales, la faible connaissance de la langue de la région d'installation et le regroupement dans des quartiers à structuration ethnique (réseaux d'entraide, commerces, cafés, associations, mosquées,...).

En outre, la population immigrée originaire de Turquie présente une certaine homogénéité linguistique, alors que les Marocains de Belgique se répartissent en un ensemble de dialectes régionaux berbères ou arabes. Quant à l'histoire coloniale, elle rapproche les Marocains de l'Europe francophone, alors que les Turcs n'ont jamais connu de domination étrangère. Enfin, les jeunes turcs ont plus de facilité à prendre connaissance de la presse de leur pays d'origine, puisque le turc s'écrit avec l'alphabet latin et ne connaît pas de dichotomie entre un parler populaire et la langue savante, comme les dialectes arabes et l'arabe classique.

Dans tous les pays européens où ils s'implantent, les Turcs semblent développer une logique communautaire ressemblant parfois au modèle d'intégration anglo-saxon des minorités, tissent une identité diasporique transfrontalière, et tentent clairement de constituer un pouvoir économique turc en Europe, capable de jouer un rôle de lobby entre la Turquie et l'Union Européenne. Par contre, les ressortissants marocains s'adaptent apparemment mieux au modèle français ou jacobin d'assimilation individuelle, favorisant des relations intenses entre le groupe marocain et la société d'accueil. In fine, la réussite scolaire, l'accès aux métiers qualifiés, les

mariages dits mixtes et la participation à la vie culturelle, associative et politique du pays d'immigration illustrent un processus d'intégration plus rapide chez les familles marocaines que chez les familles turques.

Le mariage est une autre source de distinction entre turcs et marocains, puisqu'il est encore une règle intangible chez les premiers, qui se marient très tôt, dans le pays d'origine, et avec un membre de la famille élargie. De cette façon, l'immigration turque perpétue l'arrivée de nouveaux migrants, et il est fréquent que parents, fils et belles-filles, et enfants cohabitent dans le même immeuble. Par contre, le mariage est moins la règle chez les Marocains, parmi lesquels il n'est pas rare de trouver des célibataires de 20 à 30 ans, et plus. En outre, le choix du ou de la partenaire s'effectue moins souvent dans le pays d'origine que pour les Turcs.

Dès lors, si les ménages de cinq personnes et plus sont aussi fréquents chez les groupes marocain et turc, les ménages composés de personnes isolées (étudiants, célibataires, divorcés, veufs, migrants n'ayant jamais fait venir leur famille) ne comptent que pour 15% des ménages turcs, alors qu'ils représentent plus de 27% des ménages marocains (28% pour la population belge).

En termes d'emploi à présent, la population active issue de l'immigration turque et maghrébine s'est sectoriellement diversifiée, alors que presque la totalité des hommes non qualifiés travaillaient dans l'extraction minière, et bien qu'ils continuent à occuper des postes d'exécution subalternes. Selon le recensement de 1991, alors que la majorité des Belges (60%) sont employés dans les services marchands et non marchands, la majorité des Turcs (68.2%) travaillent dans l'industrie et dans la construction, les travailleurs marocains présentant une configuration intermédiaire, avec cependant une plus grande part que les Belges, présente dans le service marchand, cela étant sans doute dû à leur concentration dans les bastions du secteur tertiaire : Bruxelles et Anvers.

Les jeunes femmes cherchent à présent à travailler, et le taux d'activité féminin semble augmenter d'année en année au sein de la population turque et maghrébine. Toutefois, alors que près de la moitié des femmes belges travaillent dans le non marchand, les Turques et les Marocaines sont présentes dans les services marchands à hauteur de, respectivement, 56.2% et 49.8%. Mais ce ne sont que des données traitées par secteurs : lorsqu'on s'intéresse aux statuts professionnels, on remarque que, parmi les actifs occupés de nationalité marocaine et turque, les deux sexes confondus, les ouvriers sont ostensiblement majoritaires.

Quant au chômage, en 1991, il était de 7.6% dans la population en âge de travailler de nationalité belge, mais se montait à 20.2% et 22.7% pour les populations en âge de travailler des nationalités marocaine et turque. Cela s'explique notamment par :

- le déclin des secteurs anciens et lourds de l'industrie qui offraient énormément d'emplois peu qualifiés ;
- le manque de formation scolaire et de qualifications professionnelles ;
- la faiblesse des capacités linguistiques dans un pays où le bilinguisme est souvent exigé ;
- la pauvreté du capital social des familles immigrées, ne disposant pas toujours de réseaux de connaissances ou d'amis « bien placés », « bien informés »,...
- la discrimination à l'embauche, même à l'égard de travailleurs diplômés et naturalisés belges.

En guise de conclusion, on peut dire que la population immigrée dans son ensemble, mais plus spécifiquement sa population turque et maghrébine, a perdu depuis la fin des années 70 sa légitimité historique : l'image du travailleur docile, courageux et honnête que véhiculait le travailleur maghrébin ou turc s'est complètement évanouie, pour être considéré aujourd'hui par une partie de l'opinion publique belge et européenne comme une catégorie sociale génératrice de problèmes : l'évocation de la population turque et maghrébine renvoie plutôt à celle d'une jeunesse marginale et délinquante.

3.3.4 LES QUESTIONS D'IMMIGRATION ET DE MULTICULTURALITE EN BELGIQUE

Les sensibilités liées à l'immigration et à la multiculturalité semblent foncièrement différentes selon les régions dans lesquelles elles s'inscrivent. Manço (2004b) suggère ainsi que, même si la sécularisation a connu un approfondissement ces dernières années en Flandres, cette dernière reste imprégnée par les vues conservatrices du Parti démocrate-chrétien (CD&V) et de sa myriade d'associations et de groupes de pression, d'organisations sociales et professionnelles, et d'organes de presse. Cela joue sans doute un rôle dans la compréhension relative des Flamands à l'égard de l'affirmation d'identités islamiques. Par ailleurs, si les Flamands sont sensibles aux revendications d'altérité liées aux langues et aux cultures dites 'allochtones', et s'ils accordent tout à fait une place importante à l'expression d'une ethnicité et d'une religiosité différente, ils sont aussi liés à un mouvement d'émancipation nationale et linguistique, les poussant à désirer une volonté d'intégration chez les populations d'origine étrangère, notamment par l'apprentissage du néerlandais et la naturalisation. La gestion flamande de la diversité ethnique et culturelle rappelle à de nombreux égards la gestion anglo-saxonne et néerlandaise, où le

statut « d'allochtone » ou de « minorité ethnoculturelle » est définie, moins par la nationalité, que par l'ascendance, l'appartenance à une culture étrangère, et la situation socioéconomique précaire (Manço, 2004b). Au contraire de la Flandre, tant la Wallonie que Bruxelles connaissent depuis le 19^{ème} siècle une population relativement cosmopolite, à commencer, historiquement, par l'arrivée d'ouvriers flamands dans le sud du pays. Bruxelles, qui a connu un passage incessant d'étrangers, et la Wallonie sont toutes deux majoritairement sécularisées dans une large mesure, et, parce que toutes deux (majoritairement) francophones, sont plus influencées par les valeurs républicaines françaises. A l'image de la France, dès lors, l'expression d'une altérité ethnique ou religieuse n'est pas toujours très bien accueillie, ni par la société civile, ni dans les milieux politiques (Manço, 2004b).

Malgré tout, et sur le terrain, une certaine uniformité marque, dans l'histoire récente, l'approche des Belges des deux parties du pays, quant aux phénomènes d'immigration et face à la présence d'une population turque et maghrébine. Tout au long du 20^{ème} siècle, la population Belge aura en effet exigé de l'immigré qu'il soit absorbé, digéré, adapté, acclimaté, assimilé, intégré,... à la société belge, sans qu'il ne soit tenu compte des obstacles structurels, juridiques ou d'ordre socioéconomique à son épanouissement (Manço, 2004b). Les comportements et attitudes xénophobes auront touché chaque nouveau groupe migrant, dont le dernier est les Turcs et les Marocains.

Si l'islamophobie est apparue dès les années 80, lorsque le mythe du retour au pays tend à disparaître, et que les Turcs et Marocains sont, encore et pour beaucoup, l'objet de mécompréhensions, on peut pourtant affirmer que l'après 11 septembre 2001 fut relativement serein (Manço, 2004b). Les médias se sont efforcés de déconstruire des préjugés, et de donner une vision valorisante des Turcs et Marocains établis en Belgique. Cela n'a pourtant pas empêché le retour de stéréotypes à propos des musulmans et de l'islam, et une plus grande audience pour un petit nombre de groupes radicaux au sein de cette communauté. En même temps, la majeure partie de la population turque et maghrébine a dû, après les attentats du 11 septembre 2001, reconsidérer certaines de ses positions, comme à propos de la compatibilité entre l'islam et la vie publique pluraliste, sécularisée et démocratique, ou à propos de la présence des femmes dans la vie sociopolitique et économique en Europe. Certains ont aussi soutenu la nécessité de réformer les mentalités des Turcs et Marocains et le droit islamique (Manço, 2004b).

L'approche de la problématique de la présence turque et maghrébine est parfois qualifiable de déterministe, en ce qu'elle ne laisse que peu de place à l'autonomie rationnelle de l'individu. Cela a pour conséquence d'oblitérer le travail de construction et de reconstruction des identités sociales et culturelles, et de méconnaître la population turque et maghrébine du pays (Manço, 2004b). Or, en tant qu'acteurs sociaux, les Turcs et Marocains ne subissent ni la loi des intégristes, ni celle de la société d'accueil, à savoir l'assimilation : au contraire, ils mettent souvent en œuvre des stratégies d'insertion en inventant des modes de vie composites générant des pratiques sociales syncrétiques et des identités bricolées en fonction des contingences quotidiennes, des besoins concrets, des aspirations futures, et du contexte socio-économique environnant. Ainsi, l'attachement à des valeurs considérées comme traditionnelles et/ou islamiques coexiste souvent avec une exigence accrue d'autonomie individuelle et d'attachement à des valeurs perçues comme sécularisées et occidentales (Manço, 2004b).

3.4 PREDOMINANCE ET NATURE DE L'USAGE DE DROGUES

Les résultats de l'étude portant sur la prédominance de l'usage de drogues par les personnes d'origine marocaine et turque semblent diverger et régulièrement matière à critique.

D'une part, diverses études démographiques indiquent une prédominance significativement moins élevée de l'usage de drogues légales et illégales par rapport à l'usage de drogues par la population autochtone (Abraham et al., 2002; Braam et al., 1998; Kamperman et al., 2003, 2005; Monshouwer et al., 2004; Sandwijk et al., 1995). Une étude néerlandaise (cf. tableau 3.2) décrit une prédominance de 2% pour les jeunes Marocains et d'une pour cent pour les jeunes Turcs, en comparaison avec une prédominance de 11.9% pour la population néerlandaise autochtone. Les jeunes Marocains et Turcs fument moins que les jeunes autochtones et consomment considérablement moins d'alcool et de drogues illégales que la population autochtone (Sandwijk et al., 1995).

Ethnie	n	Vie entière		L'année dernière		Le mois dernier	
		n	%	n	%	n	%
Néerlandais	3 543	423	11.9	108	3.0	47	1.3
Surinamais/Antillais	349	16	4.6	8	2.3	2	0.6
Marocains	152	3	2.0	2	1.3	1	0.7
Turcs	102	1	1.0	0	0.0	0	0.0
Européens	110	13	11.8	5	4.5	3	2.7

Autres	108	7	6.5	3	2.8	1	0.9
Total	4364	463	10.6	126	2.9	54	1.2
<i>p</i> (χ^2)		<0.05		n.s.		n.s.	

n.s. = non significatif

Tableau 3.2: Taux d'usage de drogues illégales selon l'ethnie, jeunes plus de 12 ans (source : Sandwijk et al., 1995, p. 76).

La même étude révèle des différences significatives entre divers groupes ethniques en ce qui concerne leur utilisation de drogues pharmaceutiques (hypnotiques, sédatifs et opiacés) (cfr. tableau 3.3).

Lorsqu'il s'agit de la consommation ponctuelle d'hypnotiques, de sédatifs et d'opiacés, il est frappant de constater que ces pourcentages sont beaucoup plus élevés pour les jeunes d'origine néerlandaise et européenne que pour ceux d'origine turque ou marocaine (Sandwijk et al., 1995). La consommation récente (année dernière et mois dernier) de somnifères est également plus présente chez les jeunes d'origine néerlandaise et européenne, tandis que la consommation d'opiacés est plus au moins pareille pour les divers groupes ethniques. En outre, de nettes différences sont à noter entre les groupes ethniques en ce qui concerne la consommation récente (année dernière et mois dernier) de calmants. Ce pourcentage est étonnamment élevé chez les jeunes d'origine turque, surtout durant le dernier mois. Ces chiffres semblent démontrer que la prévalence de la consommation de drogues légales au cours d'une vie ('lifetime-prevalentie') est considérablement plus élevée chez les jeunes d'origine néerlandaise et européenne, mais que la consommation récente de ces substances est équivalente chez les différents groupes ethniques, exception faite des somnifères.

Ethnie	n	Vie entière			L'année dernière			Le mois dernier		
		Hypn*	Seda*	Opia*	Hypn*	Sedat*	Opia*	Hypn*	Sedat*	Opia*
Néerlandais	3543	20.9	22	5.9	10.9	9.7	1.8	7.3	5.7	0.5
Surinamais	349	14	11.7	2.9	6	5.7	0.9	3.7	4.3	0
*										
Marocains	152	9.9	9.9	0.7	5.9	7.2	0	3.9	5.3	0
Turcs	102	12.7	11.8	1	6.9	9.8	1	4.9	7.8	0
Européens	110	18.2	21.8	3.6	9.1	12.7	0	7.3	5.5	0
Autres	108	6.5	5.6	1.9	2.8	1.9	0.9	0.9	1.9	0
Total	4364	19.3	20.1	5.2	10	9.1	1.6	6.7	5.5	0.4
<i>p</i> (χ^2)		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	n.s.	<0.05	n.s.	n.s.

* Surinamais : + Antillais ; Hypn. = hypnotiques, sedat. = sédatifs, opia. = opiacés; n.s. = non significatif

Tableau 3.3: Taux d'usage de drogues pharmaceutiques selon l'ethnie, jeunes plus de 12 ans (source : Sandwijk et al., 1995, p. 76).

D'autre part, une autre étude montre que ces différences disparaissent lorsqu'on compare la prédominance de l'usage de drogues au sein de la population autochtone avec celle de la seconde et de la troisième génération des populations d'origine étrangère (Eland & Rigter, 2001; Tjaden et al., 2003)⁵. L'étude affiche des différences significatives entre les usagers marocains, turcs et les autres usagers concernant la nature de l'usage de drogues. Une analyse des clients de Parnassia (centre de soin pour des problèmes de la drogue à Den Haag - Pays-Bas) par van Batenburg-Eddes et collègues (2004) démontre que plus de 30% des Néerlandais et 30% des Turcs considèrent l'alcool comme leur drogue principale. Relativement beaucoup de Turcs ont également des problèmes liés au cannabis et au jeu (respectivement 11% et 14%), si on les compare à d'autres groupes de population. Un pourcentage élevé de Marocains (51%) souffre aussi d'une dépendance aux opiacés.

Il s'agit d'analyser les résultats de ces études de façon critique. Dans ces études de prévalence, on étudie en effet les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère seulement de manière indirecte et limitée et le concept 'allochtone' subit souvent le même traitement. En outre, la part d'usagers issus des minorités d'origine étrangère est souvent trop limitée dans ces études pour pouvoir en tirer des analyses statistiques fiables (Braam et al., 1998).

Toutefois, et malgré les limites méthodologiques, il ne s'agit pas de banaliser la prévalence d'usage de drogues chez les personnes d'origine marocaine et turque. Ainsi, malgré l'interdiction expresse du Coran de consommer des substances psychoactives pouvant engendrer une dépendance, l'usage de drogues au sein de la communauté musulmane semble être plus proche de la réalité que de la fiction (basé sur un entretien avec une personne clé).

En effet, d'après une étude anversoise, il semble que les organisations de soins non institutionnalisées considèrent les drogues comme un problème au sein de leur communauté (Yildiz & Keersmaekers, 2001). Cette étude affirme aussi que les jeunes rentrent de plus en plus facilement en contact avec les drogues, et plus spécifiquement via les cafés-asbl. Une étude épidémiologique spécifique nous fournira certainement une

⁵ Une série de personnes-clés en Belgique ont confirmé cette hypothèse (cf. chapitre 2).

meilleure connaissance de la nature et de l'étendue de l'usage de drogues chez les membres des communautés turques et marocaines de Belgique.

L'usage de drogues par les personnes d'origine marocaine et turque semble surtout trouver sa source dans 'le conflit culturel'. La formation de la personnalité chez les jeunes Marocains et Turcs est entravée par la vie 'dans' ou 'entre' deux cultures; la communauté musulmane beaucoup plus traditionnelle versus la Belgique libérale.

"Alors qu'ils sont intégrés, leur propre culture d'origine continue à jouer" (entretien d'une personne-clé).

La présence d'une série de facteurs de risques peut aussi augmenter la vulnérabilité à l'usage de drogues illégales. C'est le cas notamment du taux élevé de chômage, d'une faible connaissance de la langue du pays d'accueil et des aptitudes communicationnelles limitées, d'un accès restreint à la scolarisation/formation et d'un degré de scolarisation plus faible, des conflits intergénérationnels, et de tous les aspects liés à l'acculturation et à la pression des membres du même groupe d'âge (Reid et al., 2001).

3.5 TRAJECTOIRES AU SEIN DE L'OFFRE DE SOINS LIES A L'USAGE DE DROGUES

L'étude de la littérature (cf. chapitre 2) a démontré que les clients issus de minorités d'origine étrangères étaient plutôt sous-représentés au sein de l'offre de soins liés à l'usage de drogues. Toujours d'après la littérature, cette thèse semble également valable pour les usagers d'origine marocaine et turque (Verdurmen et al., 2004). Quelques études révèlent en effet des disparités notables en ce qui concerne le recours aux soins entre ces populations et le reste de la population dans les structures de soins liés à l'usage de drogues. Eland et Rigter (2001) étaient les premiers à démontrer que les usagers marocains et turcs ont relativement peu recours à l'offre de soins classiques liés à l'usage de drogues. Les usagers d'origine turque et marocaine prennent moins part aux traitements de groupe au sein des soins ambulatoires. Ils semblent aussi moins faire appel aux soins intramuros liés à la dépendance. La majorité des allochtones d'origine turque ou marocaine ayant recours aux soins ambulatoires interrompent prématurément leur traitement ('drop-out').

La recherche sur la participation et l'observance dans les structures de soins d'héroïnomanes appartenant à une minorité d'origine étrangère démontre une série de différences importantes entre les clients d'origine turque et marocaine et les clients d'origine néerlandaise (Verdurmen et al., 2004). Il apparaît tout d'abord que la clientèle d'origine turque et marocaine comporte significativement moins de femmes en comparaison avec les héroïnomanes néerlandais.

En ce qui concerne l'historique des traitements reçus, on peut constater que les personnes d'origine néerlandaise utilisent plus souvent diverses formes de structures de soins telles que des programmes de substitution à la méthadone ou encore des centres à haut seuil, tant résidentiels qu'ambulatoires, ayant pour but l'abstinence. En outre, le pourcentage de clients d'origine turque ou marocaine inscrit dans des programmes de substitution à la méthadone et des programmes thérapeutiques résidentiels est considérablement plus faible que celui des clients d'origine néerlandaise. Néanmoins nous avons pu observer entre 1997 et 2000 une augmentation plus importante du nombre de clients d'origine turque ou marocaine en comparaison du nombre de clients d'origine néerlandaise. Cette constatation pourrait indiquer une diminution de la disparité en ce qui concerne l'ethnicité dans les structures de soins et ceci en raison d'un mouvement de 'rattrapage' des clients d'origine turque ou marocaine.

Les usagers turcs et marocains abandonnent plus rapidement les programmes de substitution liés à la méthadone et les programmes résidentiels que les clients néerlandais. Le 'nombre de jours de traitement' est d'ailleurs significativement plus faible chez les clients turcs et marocains que dans la population autochtone, ce qui laisse présager un pronostic négatif quant au résultat du traitement. De telles différences en matière de participation et d'observance n'ont pas été constatées lors de la participation à des programmes ambulatoires sans drogues.

Verdurmen et collègues (2004) en déduisent donc que leur principale hypothèse de recherche, à savoir la participation moindre et moins fréquente de personnes appartenant à des minorités d'origine étrangère à des programmes de substitution à la méthadone, peut être confirmée sur base de leur étude. En ce qui concerne l'hypothèse supplémentaire, c'est-à-dire la moindre accessibilité à des modalités de traitement à haut seuil telles que des programmes ambulatoires ou résidentiels sans drogues pour ce groupe cible, les auteurs n'ont pu trouver qu'une preuve partielle et provisoire puisque cette hypothèse ne semblait se confirmer que dans le cas des centres résidentiels.

3.6 FACTEURS EXPLICATIFS POTENTIELS DES DIFFERENCES AU NIVEAU DES TRAJECTOIRES DE SOINS

3.6.1 BARRIERES LIEES A LA 'PRATIQUE'

L'étude de la littérature démontre que les personnes issues de minorités d'origine étrangère sont relativement peu conscientes de l'offre de soins existante et liée à l'usage de drogues (Fountain et al., 2002, 2004; Reid et al., 2001). Tant dans la littérature que d'après les entretiens de personnes-clés, cette thèse semble se confirmer pour la population turque et marocaine, qui semble rarement au courant de l'offre existante, leur demeurant alors inaccessible. Les raisons de cette méconnaissance de l'offre de soins sont autant le tabou existant autour de l'usage de drogues (voir plus loin) qu'un système d'information défaillant vis-à-vis des communautés turques et marocaines (Yildiz & Keersmaekers, 2001).

En outre, les initiatives prises dans le but de mieux faire connaître l'offre existante n'atteignent que rarement leur objectif, dès lors qu'elles sont appliquées de manière restreinte. De plus, ces initiatives souffrent d'un manque de coordination et de désaccords internes au secteur (Braam et al., 1998). Toutefois, la responsabilité ne doit pas être rejetée unilatéralement sur le système de soins : les communautés marocaine et turque constituent un groupe-cible très difficile à atteindre, vu le manque de soutien interne. Ainsi, la récente tentative, réalisée par une organisation anversoise, de mieux faire connaître l'offre de soins a connu un fiasco, personne ne s'étant manifesté.

Notre étude globale de la littérature a montré que les difficultés communicationnelles et linguistiques constituaient des barrières importantes gênant l'accès à l'offre de soins liés à l'usage de drogues (Grusser et al., 2005; Schneider, 2001; Vandeveld & Vanderplasschen, 2000). Méfions nous toutefois de la généralisation de cette thèse en ce qui concerne les populations turques et marocaines. En effet, les usagers de seconde et de troisième génération maîtrisent généralement bien le néerlandais ou le français. Cependant, les compétences communicatives, au-delà des pures compétences linguistiques, semblent bel et bien jouer un rôle prépondérant. Le modèle occidental d'offre de soins est en effet fortement axé sur le verbal, et les entretiens individuels et de groupes en font partie intégrante. Malgré leurs capacités linguistiques, les clients marocains et turcs ne sont pas souvent à même de participer à ces entretiens, car ils n'ont pas appris à parler d'eux-mêmes et à communiquer leurs émotions (entretiens avec des personnes clé).

Dans notre étude globale de la littérature, on a évoqué l'influence de facteurs socio-économiques comme constituant d'une barrière à l'accès aux soins liés à l'usage de drogues (Jackson et al., 1996). Ainsi, les habitants d'origine marocaine et turque habitent souvent dans des quartiers socio-économiquement défavorisés, souffrent proportionnellement davantage du chômage, et sont souvent moins scolarisées que la moyenne personne d'origine autochtone. Cela implique souvent un manque d'opportunités d'évolution, de fortes concentrations dans certaines écoles, et un logement de qualité inférieure (Vandeveld & Vanderplasschen, 2000).

C'est bien souvent la 'struggle for life' qui prime alors au sein de cette catégorie de la population, au détriment de la nécessité de trouver un soutien complémentaire.

"Het helpen van allchotonen die niet verzekerd zijn is heel moeilijk" (entretien d'une personne-clé).

"Het Matteüs-effect6speelt zeer sterk bij Marokkanen en Turken" (entretien avec d'une personne-clé).

3.6.2 FACTEURS 'CULTURELS'

Dans notre étude générale de la littérature, nous nous sommes surtout focalisés sur une série de raisons 'culturelles' expliquant un recours différent et plus limité à l'offre de soins existante, pour les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère. Dans ce paragraphe, nous approfondirons ces explications culturelles.

3.6.2.1 Tabou et croyance

Un tabou important règne autour de l'usage de drogues au sein de la communauté turque et marocaine. C'est pourquoi l'usage de drogues est souvent nié ou passé sous silence.

⁶ L'effet Matthieu signifie que les différences socio-économiques et socio-culturelles ont pour conséquence que les classes sociales supérieures ont bien davantage recours aux institutions sociales que les classes sociales inférieures. Suite à quoi les classes sociales inférieures (qui devraient bénéficier de ces soins de manière beaucoup plus urgentes que les classes sociales supérieures) ont une expérience moins favorable de ces institutions que les classes supérieures (Deleeck, 1983).

“Wanneer een zoon gebruikt weet de gemeenschap dit meestal wel maar wordt het stilgezwegen om de vader niet te confronteren met het falen van zijn opvoeding of om hem niet in zijn eer te krenken” (entretien d’une personne-clé).

La consommation de drogues est souvent associée à des sentiments de honte, à la stigmatisation, et au fait de ‘perdre la face’ (Broers & Eland, 2000). Chez les Marocains et les Turcs, les drogues et l’alcool sont considérés comme ‘haram’, nuisibles à la santé, pour la famille et la société. Elles sont donc interdites par l’Islam. Le Coran considère les substances psychoactives comme l’oeuvre de ‘Satan’; selon plusieurs personnes-clés, un Turc ou un Marocain avouera par conséquent difficilement sa consommation de substances psychoactives :

“Eerst spreken ze over een vage kennis, dan spreken ze over een vriend, dan over een broer, waarna uiteindelijk blijkt dat de persoon over zichzelf spreekt” (entretien d’une personne-clé).

“Moeders bezoeken sneller hun zoon in de gevangenis, dan in een dagcentrum” (entretien d’une personne-clé).

On ne peut étudier le tabou des communautés turques et marocaines à propos de l’usage de drogues sans reconnaître l’importance de la religion et de la foi au sein de ces communautés. Au contraire de notre société sécularisée, la religion occupe une place déterminante au sein de ces communautés.

“Iemand die drugs gebruikt, is niet langer een moslim. Een moslim neemt geen drugs, want het is verboden” (entretien d’une personne-clé).

L’importance de la foi s’illustre également dans le fait que les problèmes liés à l’usage de drogues sont régulièrement réglés au sein même de la communauté des croyants.

“Doordat de jongen verplicht wordt om te bidden en zich volledig op God te concentreren, heeft hij geen tijd meer om zich bezig te houden met drugs” (entretien d’une personne-clé).

“Elke Moslim vindt in het geloof een oplossing voor zijn drugprobleem. Hij moet zich openstellen en richten tot God, zijn fout erkennen en om vergeving vragen” (entretien d’une personne-clé).

3.6.2.2 Les substances psychoactives en tant que problème médical

Au sein des communautés turque et marocaine, la dépendance aux drogues est considérée comme un problème médical. Les causes de cette problématique sont souvent considérées comme externes, ce qui s’oppose à la perception véhiculée par l’offre de soins classique, selon laquelle la responsabilité individuelle prime. Ainsi, de nombreuses personnes-clés interrogées évoquent l’usage de drogues comme étant lié à la psychose et à la schizophrénie. Si les désagréments physiques s’avèrent insupportables, on aura recours aux médecins de famille ou aux hôpitaux généraux.

D’autre part, cette perspective médicale implique également qu’au cas où un usager turc ou marocain pénètre le réseau de soins, il y a beaucoup de chances qu’il le quitte prématurément, dès que sa dépendance et ses maux somatiques sont réglés (Broers & Eland, 2000; Eland & Rigter, 2001; Verdurmen et al., 2003).

“Marokkanen somatiseren al hun klachten. Ze erkennen de emotionaliteit die verbonden is aan het ontweningsproces niet. Ze erkennen niet dat hoofd- of buikpijn ook andere dan fysieke oorzaken kan hebben (...) Erover praten doen ze niet, waardoor ze uitstromen als hun ‘pijn’ over is” (entretien d’une personne-clé).

“Het bestaande hulpverleningsaanbod is vreemd aan hun cultuur. Wij leggen de nadruk op praten, wij volgen geen medisch model” (entretien d’une personne-clé).

3.6.2.3 Méfiance

Les entretiens avec les personnes-clés mettent clairement en évidence la méfiance existant vis-à-vis du modèle occidental de l’offre de soins. Cette offre est souvent considérée par les usagers marocains et turcs comme un prolongement de la justice. Cette méfiance et cette connotation négative renforcent chez eux le souhait de régler le problème de dépendance aux drogues de manière informelle, au sein de la famille.

Plusieurs personnes-clés ont évoqué le fait que les usagers d’origine marocaine et turque sont envoyés par leur famille dans leur pays d’origine pour surmonter leur problème. En outre, envoyer au pays le membre de la famille souffrant de problèmes liés à la drogue permet à la famille d’être épargnée de la stigmatisation, sans devoir recourir à la répudiation (Yildiz & Keersmaekers, 2001).

3.6.3 FACTEURS EXPLICATIFS LIÉS AUX PROFESSIONNELS DE SOINS

Dans notre étude de la littérature, nous avons démontré que beaucoup d’éléments liés aux professionnels de soins peuvent favoriser l’introduction de minorités d’origine étrangère au sein du réseau de soins. On parle aussi bien de différences culturelles entre professionnels de soins et usagers d’origine marocaine et turque, que d’obstacles structuro-organisationnels empêchant une bonne relation de travail (Broers & Eland, 2000).

Le manque de sensibilité culturelle des institutions de soins est considéré comme une lacune importante. Les professionnels de soins semblent n'avoir pas suffisamment d'affinités avec le contexte culturel des usagers marocains et turcs. Ces usagers ne se sentent par conséquent pas compris, et ne développent pas de liens de confiance avec le professionnel de soins (Messing, 2003). Cette affirmation est soutenue par une série de personnes-clés:

“De hulpverlening heeft geen plaats voor geloof. Eén keer per maand kunnen spreken met een Imam is niet voldoende (...) Ook weten ze niets af van onze cultuur en ons geloof” (entretien d'une personne-clé).

Le recrutement de professionnels de soins d'origine marocaine ou turque pourrait offrir d'intéressantes perspectives. Toutefois, certaines personnes-clés notent que l'embauche de professionnels de soins d'origine allochtones n'est pas une réponse appropriée à cette lacune, puisque les usagers pourraient éprouver de la peur ou de la méfiance par rapport à ces professionnels de soins.

“Ik weet niet of ze tegen hem alles zouden zegen, stel dat hij begint te praten in onze gemeenschap?” (entretien d'une personne-clé).

3.7 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

3.7.1 CONCLUSIES

De groep personen 'behorend tot etnisch-culturele minderheden' in België is zeer heterogeen samengesteld en bestaat overwegend uit personen afkomstig uit landen behorende tot de Europese Unie (EU) (namelijk Italië, Frankrijk en Nederland). De grootste minderheidsgroepen afkomstig van landen buiten de EU zijn personen uit Marokko en Turkije, van wie de migratiegeschiedenis, het middelengebruik en het zorggebruik in dit hoofdstuk geschetst worden.

Vermits de migratiegeschiedenis van Marokkanen en Turken een vergelijkbaar verloop kende en ingegeven was door gelijkaardige achterliggende motieven, worden beide onderscheiden groepen vaak over dezelfde kam geschoren, verwijzend naar hun gemeenschappelijke religie. Bovendien zijn de situatie en positie van de Marokkaanse en Turkse minderheid in de Belgische samenleving en de manier waarop ze benaderd worden door de 'autochtone' bevolking de afgelopen 40 jaar sterk onderhevig aan de globale maatschappelijke ontwikkelingen.

Ondanks bepaalde gemeenschappelijke kenmerken beïnvloedt een aantal specifieke karakteristieken de verschillende positie van personen van Turkse en Marokkaanse afkomst in het gastland. Zo zouden personen van Marokkaanse origine zich minder afscheiden van het overige deel van de bevolking en zodoende een sneller acculturatieproces doorlopen in vergelijking met de Turkse gemeenschap. Desondanks blijkt voor beide onderscheiden groepen recentelijk meer en meer sprake te zijn van een co-existentie van traditionele en als westers gepercipieerde waarden en lijkt ook de autochtone bevolking haar visie op deze etnisch-culturele minderheden in gunstige zin te herzien.

Verscheidene epidemiologische studies met betrekking tot de prevalentie van druggebruik door personen van Turkse en Marokkaanse origine leverden voornamelijk weinig eenduidige bevindingen op, maar wijzen er niettemin op dat het druggebruik door deze etnisch-culturele minderheden allerm minst te onderschatten is. Meer en meer Turkse en Marokkaanse jongeren zouden ook steeds makkelijker in aanraking komen met drugs, wat hen extra kwetsbaar maakt gezien hun maatschappelijke positie en het verloop van hun identiteitsontwikkeling in en tussen twee culturen. Ook het onderzoek naar de vertegenwoordiging van deze etnische minderheden in de hulpverlening is tot dusver vrij schaars, maar toont aan dat het zorggebruik en de zorgtrajecten in de hulpverlening duidelijk anders verlopen voor cliënten van Turkse en Marokkaanse origine dan voor 'autochtone' cliënten. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dezelfde als deze aangehaald in hoofdstuk 2 voor andere etnisch-culturele minderheden: praktische, culturele en hulpverleningsbarrières. In hoeverre deze daadwerkelijk van toepassing zijn op de situatie van personen van Turkse en Marokkaanse afkomst wordt belicht in het kwalitatief onderzoeksluik (deel 3).

3.7.2 CONCLUSIONS

Le groupe de personnes 'appartenant à la minorité d'origine étrangère' en Belgique est très hétérogène et se compose essentiellement de personnes originaires de pays membres de l'UE (i.e. l'Italie, la France, les Pays-Bas). Les groupes minoritaires les plus importants sont constitués de personnes issues de pays hors de l'UE dont l'histoire migratoire, la consommation de substances et le recours aux soins ont été esquissés dans ce chapitre.

Puisque l'histoire migratoire des marocains et des turcs a connu une évolution similaire et a été dictée par des motifs sous-jacents à peu près comparables, ces deux groupes distincts se voient souvent traités de la même façon eu égard leur religion commune. En plus, dans leur ensemble les évolutions sociétales de ces 40 dernières

années ont fortement influencé la situation et la position des minorités d'origine marocaine et d'origine turque dans la société belge, ainsi que la manière dont ces minorités ont été approchées par la population 'autochtone'. En dépit de certaines caractéristiques communes, un certain nombre de caractéristiques particulières influencent différemment la position des personnes d'origine turque et celle d'origine marocaine dans le pays d'accueil. Les personnes d'origine marocaine se couperaient moins du reste de la population et passeraient par un processus d'acculturation plus rapide que les personnes liées à la communauté turque.

Les diverses études épidémiologiques concernant la prévalence de la consommation de drogues par les personnes d'origine turque et marocaine n'ont jusqu'à présent pas été en mesure de fournir de résultats univoques, mais elles indiquent cependant que la consommation de drogues par les minorités d'origine étrangère n'est pas à sous-estimer. Un nombre grandissant de jeunes turcs et marocains aurait un accès de plus en plus aisé à la drogue, ce qui tenant compte de leur statut social et d'une identité à forger non seulement à l'intérieur des deux cultures, mais aussi aux frontières de ces cultures, les vulnérabilise d'autant plus. La recherche portant sur la représentation des ces minorités d'origine étrangère dans les structures de soins reste embryonnaire, mais elle tend à indiquer que le recours aux soins et les trajectoires de soins suivies par les clients d'origine turque et marocaine se différencient des trajectoires des clients autochtones. Les explications vraisemblables de cette différence sont les mêmes que celles citées dans le chapitre 2 à l'égard d'autres minorités d'origine étrangère, à savoir des barrières pratiques ainsi que culturelles, mais également les barrières présentes à l'intérieur même des structures de soins. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces hypothèses explicatives et leur degré de validité dans le volet qualitatif de la recherche (partie 3).

Referenties – Références

- Abraham, M.D., Cohen, P.D.A. & Kaal, H.L. (2002). *Licit and illicit drug use in the Netherlands, 2001*. Amsterdam: Mets.
- Braam, R.V., Verbraeck, H.T. & van de Wijngaart, G.F. (1998). *Allochtonen en verslaving. Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Broers, E. & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dassetto, F. (1990a). Pour une théorie des cycles migratoires. In: Bastenier, R. & Dassetto, F., *Immigrations et nouveaux pluralismes: une confrontation de sociétés*. Bruxelles: De Boeck, pp 11-39.
- Dassetto, F. (1990b). Visibilisation de l'Islam dans l'espace public. In: Bastenier, R. & Dassetto, F., *Immigrations et nouveaux pluralismes: une confrontation de sociétés*. Bruxelles: De Boeck, pp 179-208.
- Deleeck, H. (1983). *Het Matteüseffect. De ongelijke verdeling van de sociale overheidsuitgaven in België*. Antwerpen: Kluwer.
- Eland, A. & Rigter, H. (2001). *Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie*. Utrecht: Bureau Nationale Drugmonitor.
- Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K. & Carpentier, C. (2002). *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities*. Lisbon: EMCDDA.
- Fountain, J., Khurana, J., Underwood, S., Bashford, J., Winters, M. & Patel, K. (2004). Barriers to drug service access by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled. In: Decorte, T. & Korf, D.J. (eds.), *European Studies on Drugs and Drug Policy*. Brussels: VUB Press.
- Grusser, S.M., Wolfling, K., Morsen, C.P., Albrecht, U. & Heinz, A. (2005). Immigration-associated variables and substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 98-104.
- Kamperman, A.M., Komprou, I.H. & de Jong, J.T.V.M. (2003). Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 315-326.
- Kamperman, A.M., Komprou, I.H. & De Jong, J.V.T.M (2005). Psychische gezondheidstoestand van migranten: discrepantie tussen psychiatrische stoornissen en ervaren klachten en beperkingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 11, 761-769.
- Lennert, M. (2001) (sous la dir. de J-M. Decroly). *Flux migratoires de et vers la Belgique. Une étude pour la Fondation Roi Baudouin*. Brussels: ULB IGEAT.
- Manço, U. (2000). La présence musulmane en Belgique: dimensions historique, démographique et économique. In: Manço, U. (ed.), *Voix et voies musulmanes de Belgique*. Bruxelles: Facultés Universitaires Saint-Louis, pp 17-39.
- Manço, U. (2004a). Musulmans et islam en Occident: révélateurs des limites du pluralisme culturel démocratique ? In: Manço, U. (ed.), *Reconnaissance et discrimination: présence de l'islam en Europe occidentale et en Amérique du Nord*. Paris: L'Harmattan, pp 13-34.
- Manço, U. (2004b). Intégration des musulmans et reconnaissance du culte islamique: un essai de bilan. In: Manço, U. (ed.), *Reconnaissance et discrimination : présence de l'islam en Europe occidentale et en Amérique du Nord*. Paris: L'Harmattan, pp 85-116.
- Monshouwer, K., Dorsselaer, S.V., Gorter, A., Verdurmen, J. & Vollebergh, W. (2004). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek 2003. Roken, dinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Reid, G., Aitken, C., Beyer, L. & Crofts, N. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs – Education, Prevention and Policy*, 8, 359-374.
- Sandwijk, J.P., Cohen, P.D.A., Musterd, S. & Langemeijer, M.P.S. (1995). *Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Report of a household survey in 1994 on the prevalence of drug use among the population of 12 years and over*. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geografie, Universiteit van Amsterdam.
- Schneider, J. (2001). *Drug treatment and ethnicity. A comparative study in the metropolitan areas of Frankfurt, Tel Aviv and San Francisco*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Service Public Fédéral Economie, PME, Classes Moyennes et Energie (2004). *Population et ménages: population étrangère au 1.1.2004*. Bruxelles: Service Public Fédéral Economie.
- Tjaden, B.R., Spoek, A.M., Koeter, M.W.J. & Van den Brink, W. (2003). Allochtonen en autochtonen in de klinische verslavingszorg: acceptatie van het behandelaanbod en vroegtijdige beëindiging van de behandeling. *M.G.v. Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 5, 461-471.
- van Batenburg-Eddes, T., Blanken, P., Burger, I. & Hendriks, V.M. (2004). Alcohol- en druggebruikers bij Parnassia Verslavingszorg onder de loep; Den Haag 1999-2001. *Epidemiologisch Bulletin Tijdschrift voor Volksgezondheid en Onderzoek in Den Haag*, 39, 3, 2-8.

- Vandeveld, S. & Vanderplasschen, W. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap.
- Verdurmen, J.E.E., Nagels, T. & Smit, F. (2003). *Etnische groepen in de Nederlandse verslavingszorg. Een studie naar persoonlijke behoeften, doelen en percepties van belemmerende factoren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J.E.E., Smit, F., Toet, J., Van Driel, H.F. & Van Ameijden, E.J.C. (2004). Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years. *Addiction Research and Theory*, 12, 285-298.
- Yildiz, A. & Keersmaekers, R. (2001). *Allochtone verenigingen en drugs in Antwerpen*. Antwerpen: SODA.

DEEL 2: KWANTITATIEF ONDERZOEKSLUIK
PARTIE 2: RECHERCHE QUANTITATIVE

HOOFDSTUK 4:

VERGELIJKING VAN KARAKTERISTIEKEN VAN EN ZORGGEBRUIK DOOR CLIËNTEN VAN BELGISCHE EN NIET-BELGISCHE AFKOMST

4.1 METHODOLOGIE

Dit eerste hoofdstuk van het kwantitatieve onderzoeksluik betreft een **secundaire analyse** van eerder verzamelde data in het kader van een onderzoeksproject van de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent en het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugproblemen (UWID) van de Universiteit Antwerpen, uitgevoerd in 2004 – 2005⁷. Dit zogenaamde ALDRA⁸-onderzoek betrof een **registratieonderzoek** naar de omvang en de aard van de alcohol- en drugproblematiek in de provincie Antwerpen. Het was meer specifiek de bedoeling om zicht te krijgen op het aantal cliënten in de alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen en hun belangrijkste karakteristieken (geslacht, leeftijd, aard van het druggebruik,...), na te gaan op welke manier deze cliënten gebruik maken van de zorg (in welke mate wordt meermaals beroep gedaan op dezelfde, dan wel verschillende voorzieningen,...) en inzicht te verwerven in de verschillende beslissingsmomenten tussen het intakegesprek en het afronden van de behandeling.

Vijfentwintig voorzieningen met een zorgaanbod voor mensen met problemen als gevolg van misbruik van alcohol, medicatie of illegale drugs in de provincie Antwerpen participeerden aan dit registratieonderzoek. Het betrof meer specifiek zes psychiatrische ziekenhuizen, één psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, vier centra geestelijke gezondheidszorg, tien centra algemeen welzijnswerk en vier centra met een RIZIV-conventie voor de opvang en behandeling van druggebruikers (crisisinterventiecentrum, medisch-sociaal opvangcentrum en dagcentra). Deze voorzieningen registreerden alle cliënten bij wie tijdens het intakegesprek middelenmisbruik (alcohol, medicatie en/of illegale drugs) als een belangrijk probleem naar voor kwam.

Het registratieonderzoek bestond uit drie grote **fasen**:

1. **De opstartfase:** hier werd een momentopname gemaakt van de cliënten die op dat moment in behandeling waren in de participerende voorzieningen. Voor de residentiële voorzieningen betekende dit concreet een registratie van alle cliënten die op maandag 1 maart 2004 in de voorziening verbleven. Voor de ambulante voorzieningen betekende dit dat alle cliënten dienden te worden geregistreerd die op 1 maart 2004 reeds in behandeling waren, op voorwaarde dat deze ook langskwamen in de week van 1 tot 7 maart 2004 voor een begeleidingsgesprek, methadonverstrekking of urinecontrole. Bij de ambulante voorzieningen vormt deze registratie dus een steekproef uit het totale aantal cliënten in begeleiding.
2. **De instroomfase:** alle cliënten die tussen 1 maart 2004 en 31 augustus 2004 op intakegesprek kwamen in één van de participerende voorzieningen werden geregistreerd.
3. **De uitstroomb fase:** in deze fase werd bijgehouden hoe de cliënten die geregistreerd werden in het kader van de opstart- of instroomfase uitstroonden uit de behandeling. Voor elke cliënt bij wie een behandeling lopende was of bij wie een behandeling werd opgestart, werd bij het beëindigen van de behandeling een uitstroombformulier ingevuld. Deze uitstroombfase werd afgerond op 28 februari 2005.

Tijdens de instroomfase kwam het uiteraard voor dat dezelfde cliënt verschillende malen op intakegesprek kwam ('dubbeltellingen'), hetzij verscheidene keren in dezelfde dienst of voorziening, hetzij in verschillende diensten of voorzieningen. Bij de analyse van de gegevens van de instroomfase zijn we uitgegaan van het databestand met *unieke* cliënten (dus alle 'dubbeltellingen' werden eruit gelaten). Enkel voor de analyse van de gegevens met betrekking tot het zorgtraject en de uitstroom zijn we uitgegaan van het databestand met het totale aantal intakegesprekken, en werden dus ook zogenaamde 'dubbeltellingen' meegenomen in de analyses.

⁷ Voor een uitgebreide bespreking van de methodologie en de resultaten van dit onderzoeksproject verwijzen we naar het onderzoeksrapport "*Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart*" van Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G. & Broekaert, E. (2005).

⁸ ALDRA staat voor 'Alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen'.

Volgende **variabelen** werden bevroegd:

- Administratieve gegevens: naam voorziening, cliëntcode, volgnummer van de cliënt in de voorziening, datum start van de begeleiding/behandeling of datum intakegesprek
- Socio-demografische gegevens: geslacht, geboortjaar, geboorteland, verblijfplaats/postcode, justitiële situatie, leefsituatie, werksituatie, al dan niet in orde met ziekteverzekering
- Behandelingsgeschiedenis: behandelingsgeschiedenis in deze voorziening, behandelingsgeschiedenis in andere centra, totaal aantal eerdere ambulante begeleidingen, totaal aantal eerdere residentiële behandelingen
- Product: gebruik en/of afhankelijkheid van alcohol, amfetamines, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, heroïne, methadon, slaap- en kalmeermiddelen, XTC of andere producten, belangrijkste product en spuitgedrag
- Verwijzer: verwijzende instantie
- Specifieke variabelen m.b.t. de opstartfase: huidige zorgmodule(s)
- Specifieke variabelen m.b.t. de instroomfase: wachtlijst voor intakegesprek, afloop intakegesprek, geplande zorgmodule indien behandeling wordt opgestart
- Specifieke variabelen m.b.t. de uitstroomfase: datum start en stopzetten van de begeleiding/behandeling, afloop van de begeleiding, reden voor niet opstarten van behandeling na wachtlijstprocedure, laatst gevolgde zorgmodule(s), reden voor voortijdig ontslag/aard van de verdere opvolging na afronding zorgmodule in wederzijds overleg.

In het kader van voorliggend onderzoeksproject beschikken we in de ALDRA-dataset over de belangrijke variabele ‘geboorteland’, die ons toelaat om na te gaan in welke mate er verschillen zijn met betrekking tot de hierboven vermelde variabelen naargelang het geboorteland van de geregistreerde cliënt.

De doelstelling van deze secundaire analyse is in eerste instantie na te gaan of er op het vlak van cliëntkarakteristieken en zorggebruik verschillen zijn tussen cliënten die in België geboren zijn en cliënten die een ander geboorteland hebben. Hierbij maken we in de analyses, naast beschrijvende statistiek, voornamelijk gebruik van χ^2 -toetsen. We doen dit met behulp van het statistisch computerprogramma SPSS 12.0. Indien uit deze eerste analyses blijkt dat er significante verschillen zijn tussen cliënten die in België geboren zijn en de overige cliënten, wordt de variabele ‘geboorteland’ nader geanalyseerd naar land of regio van herkomst. We hebben ons bij deze laatste analyses enkel gericht op die landen/regio’s die bij minimum zes cliënten als geboorteland geregistreerd werden⁹. Tenslotte willen we aangeven dat in functie van de significantietoetsen¹⁰ bepaalde categorieën van variabelen uit het oorspronkelijk onderzoek werden samengevoegd, gezien het relatief geringe aantal analyse-eenheden dat niet in België geboren is in de opstartfase ($n = 118$).

4.2 RESULTATEN

4.2.1 INLEIDING

We gaan in dit onderdeel eerst afzonderlijk in op de twee centrale fasen in het bovenbeschreven registratieonderzoek, met name de opstart- en de instroomfase. Bij de bespreking van de instroomfase wordt ook een beperkt aantal gegevens met betrekking tot de uitstroom van de geregistreerde cliënten besproken. In beide delen wordt telkens in eerste instantie gefocust op verschillen tussen cliënten die in België geboren zijn en cliënten van niet-Belgische afkomst. In het derde gedeelte worden ten slotte een aantal opvallende gelijkenissen en verschillen tussen beide registratiefasen besproken, samen met de belangrijkste conclusies uit dit onderzoeksluik.

4.2.2 OPSTARTFASE

4.2.2.1 Demografische karakteristieken

Tijdens de opstartfase werden in totaal 741 cliënten geregistreerd. Het grootste deel van de cliënten (623; 85.3%) gaf aan dat zij in België geboren zijn. De meeste personen die buiten België geboren zijn, zijn afkomstig uit Marokko (27; 3.7%) of Nederland (10; 1.4%). De groep cliënten van niet-Belgische afkomst, blijkt zeer heterogeen en we vinden hierin volgende geboortelands terug:

- Georgië: 8 (1.1%)
- Duitsland: 6 (0.8%)

⁹ We maakten hierop één uitzondering, namelijk personen van Turkse afkomst ($n = 4$), gezien de specifieke focus op deze minderheidsgroep in het kwalitatief onderzoeksluik.

¹⁰ Bij een χ^2 -toets op een kruistabel mogen maximaal 20% van de cellen minder dan 5 analyse-eenheden tellen.

- Polen: 6 (0.8%)
- Frankrijk: 5 (0.7%)
- Portugal: 5 (0.7%)
- Spanje: 4 (0.5%)
- Turkije: 4 (0.5%)
- Telkens 2 cliënten (0.3%): Congo, ex-Joegoslavië, Iran, Rusland, Thailand, Verenigd Koninkrijk en Zwitserland
- Telkens 1 cliënt (0.1%): Albanië, Algerije, Armenië, Dominicaanse Republiek, Filippijnen, Griekenland, Ierland, Italië, Kazachstan, Libanon, Luxemburg, Moldavië, Palestina, Sierra Leone, Syrië, Tsjechië, Tsjetsjenië en de Verenigde Staten van Amerika.

Cliënten die een beroep doen op de drughulpverlening zijn overwegend mannen, maar dit percentage ligt een stuk hoger bij cliënten die niet in België geboren zijn (78.5%), in vergelijking met cliënten die in België geboren zijn (70.3%). Dit verschil tussen beide groepen is evenwel niet significant ($\chi^2 = 3.05$; $df = 1$; $p = 0.081$).

Ook wat betreft **leeftijd** is er geen significant verschil vast te stellen tussen beiden groepen: de gemiddelde leeftijd voor cliënten geboren in België bedraagt 38.5 jaar ($SD = 11.08$) en voor cliënten afkomstig uit een ander geboorteland bedraagt dit 39.8 jaar ($SD = 9.88$).

4.2.2.2 Leef- en werksituatie

In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van de verschillen in leef- en werksituatie tussen cliënten geboren in België en cliënten die in een ander land geboren zijn.

Een eerste opvallende vaststelling is dat cliënten van niet-Belgische afkomst vooral in de stad Antwerpen verblijven en veel minder in andere steden of gemeenten in de provincie Antwerpen of in de rest van Vlaanderen.

Wat betreft de **werksituatie**, bevinden cliënten met een ander geboorteland dan België zich beduidend vaker in een situatie van onregelmatige arbeid of werkloosheid in vergelijking met personen die in België geboren zijn. Een groter percentage personen van Belgische afkomst verkeert dan weer in de onmogelijkheid te werken (bv. ziekte, invaliditeit, pensioen).

Hierbij aansluitend stellen we vast dat cliënten van Belgische afkomst significant vaker in orde blijken met hun aansluiting bij een **ziekenfonds** in vergelijking met personen van niet-Belgische afkomst. Opvallend veel van de geregistreerde cliënten geboren in Georgië en Polen blijken hiermee niet in orde.

Op het vlak van **justitiële status** en **leefsituatie** worden evenwel geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen. Toch blijken er qua leefsituatie erg grote verschillen, waarbij personen van niet-Belgische afkomst vaker samenwonen met een partner en kinderen, terwijl cliënten van Belgische afkomst vaker nog bij hun ouders wonen.

	Geboorteland België	Ander geboorteland
Verblijfplaats ($\chi^2 = 38.83$; $df = 2$; $p = 0.000$)		
Stad Antwerpen	338 (54.4%)	93 (86.1%)
Elders in provincie Antwerpen	255 (41.1%)	15 (13.9%)
Buiten provincie Antwerpen	28 (4.5%)	0
Justitiële kenmerken ($\chi^2 = 3.45$; $df = 4$; $p = 0.485$)		
Vrij	424 (71.7%)	68 (67.3%)
Vrij onder voorwaarden	17 (2.9%)	6 (5.9%)
Probatie of voorwaardelijke invrijheidsstelling	87 (14.7%)	15 (14.9%)
Gedwongen behandeling (internering/gedwongen opname)	34 (5.8%)	5 (5%)
Andere situatie met justitiële druk	29 (4.9%)	7 (6.9%)
Leefsituatie ($\chi^2 = 10.98$; $df = 6$; $p = 0.089$)		
Alleen	246 (39.8%)	43 (40.2%)
Met partner	108 (17.5%)	20 (18.7%)
Met partner en kinderen	63 (10.2%)	19 (17.8%)
Alleen met kinderen	41 (6.6%)	6 (5.6%)
Met ouders	73 (11.8%)	5 (4.7%)
Met andere familieleden of vrienden	17 (2.8%)	5 (4.7%)
Andere leefsituatie	70 (11.3%)	9 (8.4%)
Werksituatie ($\chi^2 = 25.63$; $df = 5$; $p = 0.000$)		

Reguliere arbeid (full- of part-time)	122 (20.1%)	13 (13.8%)
Arbeid op onregelmatige basis	47 (7.7%)	16 (17%)
Student	20 (3.3%)	0
Werkloos	188 (30.9%)	38 (40.4%)
Niet in de mogelijkheid te werken (pensioen, invaliditeit, ...)	211 (34.7%)	19 (20.2%)
Andere werksituatie	20 (3.3%)	8 (8.5%)
Aansluiting bij een ziekenfonds ($\chi^2 = 36.70$; $df = 1$; $p = 0.000$)		
In orde	574 (95.3%)	82 (78.8%)
Niet in orde	28 (4.7%)	22 (21.2%)

Tabel 4.1: Vergelijking van de leef- en werksituatie tussen cliënten geboren in België en cliënten van niet-Belgische afkomst ($n = 741$) – opstartfase.

4.2.2.3 Middelengebruik

De vergelijking van het productgebruik tussen cliënten geboren in België en cliënten van niet-Belgische afkomst wijst op een aantal opvallende verschillen (tabel 4.2).

Met betrekking tot het **regelmatig middelengebruik** valt op dat significant meer cliënten die in België geboren zijn alcohol, amfetamines en cannabis gebruiken. Significant meer cliënten van niet-Belgische afkomst gebruiken daarentegen regelmatig cocaïne, heroïne en methadon.

Meer specifiek zien we dat het *regelmatig alcoholgebruik* bij cliënten geboren in Marokko een stuk lager ligt. Wat regelmatig *cannabisgebruik* betreft, komt dit bijvoorbeeld vaker voor bij personen geboren in Marokko en Polen, en kwam dit niet of nauwelijks voor bij cliënten geboren in Turkije en Georgië. Betreffende regelmatig *cocaïnegebruik* vallen geen grote verschillen op tussen groepen van niet-Belgische afkomst, behalve dat dit niet voorkwam bij personen geboren in Turkije en wel bij alle geregistreerde cliënten geboren in Georgië. *Methadongebruik* blijkt vooral vaak voor te komen bij cliënten geboren in Marokko, Georgië en Turkije, terwijl vooral cliënten geboren in Georgië aangeven *heroïne* te gebruiken.

De vastgestelde verschillen met betrekking tot regelmatig druggebruik kunnen echter niet vastgesteld worden met betrekking tot **middelenafhankelijkheid**¹¹.

Wat betreft het belangrijkste product wordt wel een significant verschil duidelijk tussen beide groepen ($\chi^2 = 39.10$; $df = 7$; $p = 0.000$). Bij cliënten van Belgische afkomst worden met name volgende middelen geregistreerd als ‘**belangrijkste product**’ (in volgorde van voorkomen): alcohol (39.2%), ‘meerdere producten’ (20.3%) en methadon (12.2%). Bij cliënten die niet in België geboren zijn, zijn dit respectievelijk: ‘meerdere producten’ (36.1%), methadon (24.1%) en alcohol (15.7%). Het aandeel van polydruggebruik en methadon als belangrijkste product is duidelijk groter in het gebruikspatroon van cliënten van niet-Belgische afkomst, terwijl bij cliënten van Belgische afkomst alcohol, amfetamines en cannabis vaker voorkomen als belangrijkste product.

Tenslotte vinden we een significant verschil tussen beide cliëntengroepen ($\chi^2 = 12.52$; $df = 1$; $p = 0.000$) op het vlak van **intraveneus druggebruik**: 39.1% (228/583) van de cliënten geboren in België geeft aan ooit drugs geïnjecteerd te hebben, terwijl dit percentage bij cliënten van niet-Belgische afkomst meer dan de helft bedraagt (57.8%; 59/102). Nadere analyse leert dat vooral bij cliënten geboren in Turkije en Georgië intraveneus druggebruik vaak voorkomt.

Product			Geboorteland België	Ander geboorteland	χ^2	p
Alcohol	Gebruik	<i>Ja</i>	380 (62.1%)	44 (41.1%)	16.55	0.000
		<i>Nee</i>	232 (37.9%)	63 (58.9%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	269 (73.3%)	29 (69.0%)	0.34	0.557
		<i>Nee</i>	98 (26.7%)	13 (31.0%)		
Amfetamines	Gebruik	<i>Ja</i>	83 (13.6%)	7 (6.5%)	4.27	0.039
		<i>Nee</i>	526 (86.4%)	101 (93.5%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	50 (62.5%)	4 (66.7%)	NVT ¹²	NVT
		<i>Nee</i>	30 (37.5%)	2 (33.3%)		
Cannabis	Gebruik	<i>Ja</i>	256 (41.7%)	32 (30.5%)	4.70	0.030

¹¹ We willen hierbij vermelden dat de variabele ‘afhankelijkheid’ met de nodige voorzichtigheid dient geïnterpreteerd te worden, gezien er voor deze beoordeling klinische ervaring vereist is en we niet kunnen garanderen dat de persoon die het registratieformulier invulde hier ook over beschikte. Tevens werd tijdens dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd instrument (bv. DISC, SCID of MINI) voor de beoordeling van deze variabele.

¹² χ^2 -toets werd niet uitgevoerd gezien het beperkte aantal analyse-eenheden (<5) in één of meer cellen.

		<i>Nee</i>	358 (58.3%)	73 (69.5%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	130 (54.4%)	14 (46.7%)	0.64	0.424
		<i>Nee</i>	109 (45.6%)	16 (53.3%)		
Cocaïne	Gebruik	<i>Ja</i>	173 (28.0%)	53 (49.1%)	19.06	0.000
		<i>Nee</i>	445 (72.0%)	55 (50.9%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	112 (68.7%)	31 (63.3%)	0.51	0.476
		<i>Nee</i>	51 (31.3%)	18 (36.7%)		
Methadon	Gebruik	<i>Ja</i>	214 (34.5%)	68 (62.4%)	30.50	0.000
		<i>Nee</i>	407 (65.5%)	41 (37.6%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	207 (97.2%)	64 (97.0%)	NVT ¹³	NVT
		<i>Nee</i>	6 (2.8%)	2 (3.0%)		
Heroïne	Gebruik	<i>Ja</i>	161 (26.0%)	56 (52.3%)	30.30	0.000
		<i>Nee</i>	459 (74.0%)	51 (47.7%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	108 (73.5%)	38 (77.6%)	0.32	0.570
		<i>Nee</i>	39 (26.5%)	11 (22.4%)		
Slaap- en kal-meermiddelen	Gebruik	<i>Ja</i>	200 (32.9%)	31 (29.0%)	0.64	0.424
		<i>Nee</i>	408 (67.1%)	76 (71.0%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	142 (75.9%)	26 (86.7%)	1.70	0.192
		<i>Nee</i>	45 (24.1%)	4 (13.3%)		
XTC	Gebruik	<i>Ja</i>	38 (6.2%)	5 (4.6%)	0.41	0.523
		<i>Nee</i>	574 (93.8%)	103 (95.4%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	6 (19.4%)	1 (20.0%)	NVT ¹⁴	NVT
		<i>Nee</i>	25 (80.6%)	4 (80.0%)		

*Afhankelijkheid werd enkel geregistreerd bij cliënten bij wie ook sprake was van gebruik van het betreffende middel

Tabel 4.2: Vergelijking van het middelengebruik tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst ($n = 741$) – opstartfase.

4.2.2.4 Type behandeling en behandelingsgeschiedenis

Wanneer we kijken naar de **behandelingssetting** waar cliënten geregistreerd worden, valt op dat cliënten van niet-Belgische afkomst beduidend vaker ($\chi^2 = 20.52$; $df = 1$; $p = 0.000$) in een ambulante dienst terecht komen in vergelijking met personen van Belgische afkomst (88.1% vs. 66.5%), terwijl deze laatsten vaker een beroep doen op een residentiële voorziening (33.5% vs. 11.9%). Zo deden opvallend veel cliënten die niet in België geboren zijn (61.5%) een beroep op het medisch-sociaal opvangcentrum Free Clinic, tegenover slechts 26% van alle in België geboren geregistreerde personen. Anderzijds werden relatief weinig personen van niet-Belgische afkomst geregistreerd in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Indien we nagaan welk **zorgaanbod gepland** wordt na het intakegesprek, wordt duidelijk dat dit bij cliënten die niet in België geboren zijn vooral substitutiebehandeling (50.9%) betreft. Andere vaak toegepaste zorgmodules bij deze cliëntgroep zijn: individuele behandeling (15.7%), laagdrempelige opvang (9.3%), psychiatrische behandeling (4.6%) en oriëntatie (3.7%). Bij cliënten van Belgische afkomst bestaat het zorgaanbod vooral uit: individuele behandeling (31%), substitutiebehandeling (20.5%), psychiatrische behandeling (10.8%), motivatie (7.1%) en groepsbehandeling (6.6%). Opvallend is vooral het hoge percentage personen van niet-Belgische afkomst bij wie een substitutiebehandeling opgestart wordt, terwijl bij personen geboren in België het geplande zorgaanbod in de meeste gevallen bestaat uit individuele ambulante behandeling (bv. gesprekstherapie).

Wat de **verwijzende instantie betreft**, vinden we een vrij gelijkaardig verwijzingspatroon terug bij beide groepen: cliënten van Belgische afkomst komen met de hulpverlening in contact op initiatief of aanraden van: de cliënt zelf (32.7%), justitie (12%), de omgeving van de cliënt (11.7%), een psychiatrisch ziekenhuis (11%) en de huisarts (8.5%). Bij cliënten die niet in België geboren zijn, zijn de belangrijkste verwijzers: de cliënt zelf (36%), justitie (18%), de omgeving van de cliënt (17%), de ambulante gespecialiseerde drughulpverlening (7%) en de huisarts en het welzijnswerk (beiden 5%). Bij cliënten van niet-Belgische afkomst blijkt minder verscheidenheid qua verwijzende instanties en is de rol van de residentiële hulpverlening als verwijzer beperkt. Justitie en de onmiddellijke omgeving van de cliënt spelen daarentegen een iets belangrijker rol.

Met betrekking tot de **behandelingsgeschiedenis** (tabel 4.3) valt op dat cliënten geboren in België beduidend vaker reeds een behandelingsverleden hebben en dit is met name te verklaren door het significant hogere aantal

¹³ Cf. voetnoot 12.

¹⁴ Cf. voetnoot 12.

residentiële opnames bij personen van Belgische afkomst. Qua aantal ambulante begeleidingen konden evenwel geen significante verschillen vastgesteld worden tussen beide groepen.

		Geboorteland België	Ander geboorteland	χ^2	df	<i>p</i>
Reeds behandeling / begeleiding gevolgd?	<i>Ja</i>	441 (78.8%)	55 (59.8%)	15.62	1	0.000
	<i>Nee</i>	119 (21.3%)	37 (40.2%)			
Aantal residentiële opnames	<i>Geen</i>	141 (27.7%)	42 (54.5%)	23.87	3	0.000
	<i>1 of 2</i>	181 (35.6%)	21 (27.3%)			
	<i>3 tot 5</i>	127 (25%)	11 (14.3%)			
	<i>> 5</i>	60 (11.8%)	3 (3.9%)			
Aantal ambulante begeleidingen	<i>Geen</i>	189 (40.6%)	39 (48.1%)	2.60	3	0.458
	<i>1 of 2</i>	204 (43.8%)	34 (42%)			
	<i>3 tot 5</i>	57 (12.2%)	6 (7.4%)			
	<i>> 5</i>	16 (3.4%)	2 (2.5%)			

Tabel 4.3: Vergelijking van het behandelingsverleden tussen cliënten van Belgisch en niet-Belgische afkomst ($n = 741$) – opstartfase.

4.2.3 INSTROOMFASE

4.2.3.1 Demografische karakteristieken

Van de **1 626 unieke cliënten** die geregistreerd werden tijdens de instroomfase is de grootste groep ($n = 1\ 391$; 87.4%) geboren in België. Opnieuw komen Marokko ($n = 63$; 4%) en Nederland ($n = 20$; 1,3%) op de eerste en tweede plaats in de lijst van andere geboortelands dan België. Bij de overige cliënten werden één van de volgende landen als **geboorteland** aangegeven:

- Iran: 12 (0.7%)
- Portugal: 11 (0.7%)
- Polen: 8 (0.5%)
- Turkije: 7 (0.4%)
- Telkens 5 (0.3%) cliënten uit: Duitsland, ex-Joegoslavië, Frankrijk en Spanje;
- Telkens 3 (0.2%) cliënten uit: Congo, Engeland, Oekraïne en Rusland;
- Telkens 2 (0.1%) cliënten uit: Algerije, Brazilië, Chili, Colombia, Estland, Filippijnen, Georgië, India, Kroatië, Senegal, Somalië en Uganda;
- Telkens 1 (0.1%) cliënt uit: Albanië, Azerbeidzjan, Canada, Eritrea, Griekenland, Ierland, Japan, Kazachstan, Litouwen, Luxemburg, Suriname, Thailand, Tsjetsjenië, Tunesië, Verenigde Staten van Amerika, Zuid-Afrika, Zuid-Korea en Zweden.

Bij de vergelijking van de **geslachtsverdeling** tussen beide cliëntgroepen zien we een beduidend hoger percentage mannen bij cliënten die niet in België geboren zijn (82.1% vs. 72.1%) ($\chi^2 = 10.38$; $df = 1$; $p = 0.001$). Met name cliënten geboren in Iran (12/12), Marokko (57/63) en Turkije (7/7) zijn overwegend mannen.

Verder is het opvallend dat cliënten van Belgische afkomst gemiddeld bijna twee jaar **ouder** zijn (36.9 jaar; $SD = 13.21$) dan cliënten die niet in België geboren zijn (35.0 jaar; $SD = 10.51$) ($t = 2.52$; $df = 363$; $p = 0.012$).

4.2.3.2 Leef- en werksituatie

Op basis van de analyse van verschillen in de leef- en werksituatie tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst, kunnen we volgende opvallende vaststellingen doen (tabel 4.4).

Vooreerst valt op dat cliënten die niet in België geboren zijn vaker hun **verblijfplaats** in de stad Antwerpen hebben. Dit blijkt met name het geval bij geregistreeerde personen geboren in Marokko, Polen en Turkije, terwijl cliënten van Nederlandse en Iraanse afkomst vaker elders in de provincie Antwerpen wonen.

De **leefsituatie** tijdens de drie maanden voorafgaand aan het intakegesprek blijkt duidelijk te verschillen tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst. Zo wonen cliënten die niet in België geboren zijn vaker samen met familie, verblijven ze vaker in de gevangenis en zijn ze vaker dakloos, terwijl geregistreeerde personen die in België geboren zijn vaker bij hun ouders wonen.

Cliënten van niet-Belgische afkomst hebben minder vaak een **reguliere job** en zijn vaker werkloos of hebben onregelmatig werk tijdens de periode voorafgaand aan het intakegesprek. Met name bij de geregistreeerde cliënten geboren in Marokko (24/53), Polen (5/8), Turkije (3/5) en Iran (5/10) is het hoge werkloosheidspercentage opvallend. Cliënten van Belgische afkomst ontvangen dan weer vaker een ziekte- of invaliditeitsuitkering.

Verder kan vastgesteld worden dat cliënten die niet in België geboren zijn beduidend vaker niet in orde zijn met hun **aansluiting bij het ziekenfonds**, wat bijvoorbeeld overduidelijk is bij de geregistreerde cliënten uit Iran (10/11).

Ten slotte wordt ook een klein (zij het significant) verschil vastgesteld in de **justitiële situatie** van beide groepen. Meer geregistreerde cliënten van Belgische afkomst blijken ‘vrij onder voorwaarden’ op het moment dat ze een beroep doen op de hulpverlening, terwijl meer personen van niet-Belgische afkomst op dat moment geïnterneerd zijn.

	Geboorteland België	Ander geboorteland
Verblijfplaats ($\chi^2 = 41.32$; $df = 2$; $p = 0.000$)		
Stad Antwerpen	643 (46.6%)	161 (69.4%)
Elders in de provincie Antwerpen	660 (47.8%)	64 (27.6%)
Buiten de provincie Antwerpen	77 (5.6%)	7 (3%)
Justitiële kenmerken ($\chi^2 = 11.74$; $df = 5$; $p = 0.039$)		
Vrij	1067 (77.7%)	171 (77.4%)
Vrij onder voorwaarden	53 (3.9%)	6 (2.7%)
Probatie of voorwaardelijke invrijheidsstelling	95 (6.9%)	14 (6.3%)
Gedwongen opname	39 (2.8%)	6 (2.7%)
Internering	5 (0.4%)	5 (2.3%)
Andere situatie met justitiële druk	114 (8.3%)	19 (8.6%)
Leefsituatie ($\chi^2 = 26.33$; $df = 8$; $p = 0.001$)		
Alleen	483 (35.2%)	82 (36.1%)
Met partner	230 (16.8%)	35 (15.4%)
Met partner en kinderen	144 (10.5%)	21 (9.3%)
Alleen met kinderen	50 (3.6%)	5 (2.2%)
Met ouders	268 (19.5%)	26 (11.5%)
Met andere familieleden of vrienden	38 (2.8%)	14 (6.2%)
In een gecontroleerde omgeving	65 (4.7%)	17 (7.5%)
Dakloos	68 (5%)	22 (9.7%)
Andere leefsituatie	25 (1.8%)	5 (2.2%)
Werksituatie ($\chi^2 = 67.37$; $df = 8$; $p = 0.000$)		
Reguliere arbeid (full- of part-time)	330 (25.7)	24 (12.4%)
Arbeid op onregelmatige basis	51 (4%)	25 (13%)
Student	130 (10.1%)	12 (6.2%)
Werkloos	354 (27.6%)	79 (40.9%)
Arbeidsongeschikt	87 (6.8%)	11 (5.7%)
Invalideitsuitkering	207 (16.1%)	20 (10.4%)
Gepensioneerd	57 (4.4%)	3 (1.6%)
In een gecontroleerde omgeving	35 (2.7%)	13 (6.7%)
Andere werksituatie	32 (2.5%)	6 (3.1%)
Aansluiting bij een ziekenfonds ($\chi^2 = 182.13$; $df = 1$; $p = 0.000$)		
In orde	1186 (96.9%)	125 (70.2%)
Niet in orde	38 (3.1%)	53 (29.8%)

Tabel 4.4: Vergelijking van de leef- en werksituatie tussen cliënten geboren in België en cliënten van niet-Belgische afkomst ($n = 1\ 626$) – instroomfase.

4.2.3.3 Middelengebruik

Met betrekking tot het regelmatig **gebruik** van bepaalde middelen valt een aantal duidelijke verschillen op tussen cliënten geboren in België en cliënten van niet-Belgische afkomst: significant meer personen uit de eerste groep gebruiken regelmatig alcohol, amfetamines en XTC, terwijl beduidend meer cliënten uit de tweede groep cocaïne, methadon en heroïne gebruiken.

Nadere analyse maakt duidelijk dat bij personen van niet-Belgische afkomst *alcoholgebruik* zeer vaak voor komt bij personen geboren in Nederland en Polen en niet of nauwelijq bij personen uit Turkije en Iran. *Amfetamine- en XTC-gebruik* komen weinig voor bij cliënten geboren in Polen, Turkije en Iran. Dit laatste geldt eveneens voor cliënten geboren in Marokko, die echter frequent regelmatige *cocaïnegebruikers* zijn. *Heroïnegebruik* blijkt relatief vaak voor te komen bij de geregistreerde cliënten uit Portugal en Iran.

De vastgestelde verschillen met betrekking tot gebruik, komen echter niet naar voor op het vlak van **middelenafhankelijkheid**, behalve voor heroïneafhankelijkheid wat significant vaker blijkt voor te komen bij

cliënten van niet-Belgische afkomst. We willen echter wijzen op de nood aan een voorzichtige interpretatie van de gegevens met betrekking tot middelenafhankelijkheid (cf. supra).

Gevraagd naar het **belangrijkste probleemmiddel** wordt bij beide groepen vooral alcohol (50.2% en 29.3%) aangegeven, zij het dat dit percentage bij cliënten geboren in België significant hoger ligt ($\chi^2 = 163.01$; $df = 9$; $p = 0.000$). Bij laatstgenoemde groep komen cannabis (15.5% vs. 10%) en amfetamines (8.6% vs. 1.7%) veel vaker voor als belangrijkste product, terwijl dit bij cliënten van niet-Belgische afkomst eerder opiaten (21% vs. 6%), polydruggebruik (20.1% vs. 5.5%) en cocaïne (5.7% vs. 9.2%) zijn.

In vergelijking met cliënten van Belgische afkomst, hebben geregistreerde personen van niet-Belgische afkomst significant vaker ooit drugs geïnjecteerd (27.9% vs. 17.4%) ($\chi^2 = 12.17$; $df = 1$; $p = 0.000$). Intraveneus druggebruik blijkt met name voor te komen bij de geregistreerde cliënten geboren in Portugal, Turkije en Iran.

Product			Geboorteland België	Ander geboorteland	χ^2	<i>p</i>
Alcohol	Gebruik	<i>Ja</i>	999 (73.0%)	110 (50.0%)	47.45	0.000
		<i>Nee</i>	370 (27.0%)	110 (50.0%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	757 (79.0%)	74 (73.3%)	1.79	0.181
		<i>Nee</i>	201 (21.0%)	27 (26.7%)		
Amfetamines	Gebruik	<i>Ja</i>	289 (21.0%)	26 (11.7%)	10.51	0.001
		<i>Nee</i>	1090 (79.0%)	197 (88.3%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	167 (62.1%)	9 (39.1%)	4.66	0.031
		<i>Nee</i>	102 (37.9%)	14 (60.9%)		
Cannabis	Gebruik	<i>Ja</i>	490 (35.7%)	83 (37.2%)	0.20	0.658
		<i>Nee</i>	883 (64.3%)	140 (62.8%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	264 (57.4%)	50 (69.4%)	3.74	0.053
		<i>Nee</i>	196 (42.6%)	22 (30.6%)		
Cocaïne	Gebruik	<i>Ja</i>	315 (22.9%)	109 (48.2%)	64.03	0.000
		<i>Nee</i>	1061 (77.1%)	117 (51.8%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	178 (62.2%)	70 (66.7%)	0.65	0.420
		<i>Nee</i>	108 (37.8%)	35 (33.3%)		
Hallucinogenen	Gebruik	<i>Ja</i>	59 (4.3%)	7 (3.1%)	0.65	0.420
		<i>Nee</i>	1314 (95.7%)	216 (96.9%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	13 (23.2%)	2 (28.6%)	NVT	NVT
		<i>Nee</i>	43 (76.8%)	5 (71.4%)		
Methadon	Gebruik	<i>Ja</i>	86 (6.2%)	37 (16.4%)	28.51	0.000
		<i>Nee</i>	1294 (93.8%)	188 (83.6%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	59 (69.4%)	29 (82.9%)	2.29	0.130
		<i>Nee</i>	26 (30.6%)	6 (17.1%)		
Heroïne	Gebruik	<i>Ja</i>	176 (12.8%)	93 (41.0%)	111.35	0.000
		<i>Nee</i>	1204 (87.2%)	134 (59.0%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	139 (81.8%)	82 (92.1%)	5.02	0.025
		<i>Nee</i>	31 (18.2%)	7 (7.9%)		
Slaap- en kal-meermiddelen	Gebruik	<i>Ja</i>	386 (28.3%)	64 (29.0%)	0.04	0.835
		<i>Nee</i>	979 (71.7%)	157 (71.0%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	232 (66.7%)	44 (74.6%)	1.45	0.229
		<i>Nee</i>	116 (33.3%)	15 (25.4%)		
XTC	Gebruik	<i>Ja</i>	187 (13.6%)	14 (6.4%)	8.998	0.003
		<i>Nee</i>	1189 (86.4%)	206 (93.6%)		
	Afhankelijkheid*	<i>Ja</i>	60 (35.1%)	6 (46.2%)	0.64	0.423
		<i>Nee</i>	111 (64.9%)	7 (53.8%)		

* Afhankelijkheid werd enkel geregistreerd bij cliënten bij wie ook sprake was van gebruik van het betreffende middel

Tabel 4.5: Vergelijking van het middelengebruik tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst ($n = 1626$) – instroomfase.

4.2.3.4 Type behandeling en behandelingsgeschiedenis

In wat volgt, bekijken we het **zorggebruik** en de **behandelingsgeschiedenis** van de geregistreerde cliënten tijdens de instroomfase.

Significant meer cliënten van niet-Belgische afkomst deden tijdens deze periode een beroep op een ambulante dienst of voorziening (55.3% vs. 34.7%), terwijl meer personen geboren in België in de residentiële zorg terecht komen (65.3% vs. 44.7%) ($\chi^2 = 36.33$; $df = 1$; $p = 0.000$). Met betrekking tot het behandelingsverleden en het zorggebruik tijdens de registratieperiode kunnen evenwel geen significante verschillen vastgesteld worden tussen beide cliëntgroepen (cf. tabel 4.6). Wel blijken cliënten die in België geboren zijn reeds vaker (zij het net niet-significant) in residentiële behandeling te zijn geweest.

Wat betreft de **verwijzende instantie** wordt een significant verschil duidelijk tussen beide groepen ($\chi^2 = 42.88$; $df = 13$; $p = 0.000$). Bij cliënten geboren in België zijn de belangrijkste verwijzers: de cliënt zelf (28.6%), de omgeving van de cliënt (17.7%), justitie (11%), de huisarts (9.2%) en psychiatrische ziekenhuizen (6.9%). Bij cliënten van niet-Belgische afkomst zijn dit respectievelijk de cliënt zelf (32.1%), de omgeving van de cliënt (23.5%), justitie (8.1%) en de ambulante gespecialiseerde drughulpverlening (6.4%). Deze cijfers wijzen erop dat informele kanalen en meer laagdrempelige hulpverleningscentra een iets belangrijkere rol spelen bij de verwijzing van cliënten die niet in België geboren zijn.

		België als geboorteland	Ander geboorteland	χ^2	df	<i>p</i>
Reeds begeleiding?	<i>Ja</i>	919 (68.8%)	144 (67%)	0.28	1	0.596
	<i>Nee</i>	417 (31.2%)	71 (33%)			
Aantal residentiële opnames	<i>Geen</i>	466 (36%)	82 (41.8%)	6.73	3	0.081
	<i>1 of 2</i>	403 (31.1%)	63 (32.1%)			
	<i>3 tot 5</i>	254 (19.6%)	37 (18.9%)			
	<i>> 5</i>	171 (13.2%)	14 (7.1%)			
Aantal ambulante begeleidingen	<i>Geen</i>	566 (46.8%)	82 (41.4%)	4.01	3	0.260
	<i>1 of 2</i>	415 (34.3%)	80 (40.4%)			
	<i>3 tot 5</i>	124 (10.3%)	23 (11.6%)			
	<i>> 5</i>	104 (8.6%)	13 (6.6%)			
Aantal registraties tijdens instroomonderzoek	<i>1</i>	1200 (86.3%)	208 (88.5%)	3.35	3	0.341
	<i>2</i>	138 (9.9%)	18 (7.7%)			
	<i>3</i>	34 (2.4%)	8 (3.4%)			
	<i>> 3</i>	19 (1.4%)	1 (0.4%)			

Tabel 4.6: Vergelijking van de behandelingsgeschiedenis en het zorggebruik tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst ($n = 1\ 626$) – instroomfase.

4.2.3.5 Afloop van de behandeling

Op basis van de gegevens uit de uitstroomfase worden een aantal aspecten duidelijk met betrekking tot de afloop van de behandeling.

Met betrekking tot de **afloop van het intakegesprek** (cf. tabel 4.7) valt op dat bij cliënten die niet in België geboren zijn beduidend minder vaak een behandeling wordt gestart en dat ze minder vaak op een wachtlijst voor behandeling worden geplaatst. Cliënten van niet-Belgische afkomst worden evenwel vaker doorverwezen naar een andere voorziening. Nadere analyse leert dat dit vooral bij cliënten geboren in Marokko en Iran het geval is. In evenveel gevallen wordt geen verder gevolg gegeven aan het intakegesprek. Bij cliënten van niet-Belgische afkomst wordt vaker (zij het net niet-significant) eenzijdig beslist geen verder gevolg te geven aan het intakegesprek.

Het geplande zorgaanbod (**aard zorgmodule**) verschilt enigzins tussen beide cliëntgroepen. Bij cliënten van Belgische afkomst worden vooral volgende zorgmodules vooropgesteld na het intakegesprek: oriëntatie (31.1%), individuele behandeling (13.9%), motivatie (12.6%), detoxificatie (12.5%) en crisisinterventie (9.4%). Bij cliënten die niet in België geboren zijn, betreft dit: oriëntatie (22%), substitutiebehandeling (17%), detoxificatie (13.5%), laagdrempelige opvang (12.1%) en individuele behandeling (8.5%). Substitutiebehandeling en laagdrempelige opvang nemen bij cliënten van niet-Belgische afkomst dus een veel belangrijkere plaats in.

	Geboorteland België	Ander geboorteland	χ^2	df	<i>p</i>
Afloop van het intakegesprek					
Behandeling wordt gestart	1186 (71.2%)	140 (61.4%)	46.92	3	0.000
Cliënt wordt op de wachtlijst geplaatst	171 (10.3%)	13 (5.7%)			
Cliënt wordt doorverwezen	122 (7.3%)	47 (20.6%)			

Geen verder gevolg aan de intake	187 (11.2%)	28 (12.3%)			
Geen verder gevolg: wiens beslissing?					
Cliënt	70 (38.3%)	9 (33.3%)	5.86	2	0.053
Voorziening	27 (14.8%)	9 (33.3%)			
Consensus cliënt en voorziening	86 (47%)	9 (33.3%)			

Tabel 4.7: Vergelijking van de afloop van het intakegesprek tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst ($n = 1\ 939$) – instroom- en uitstroomfase.

Wat de afloop van de behandeling of begeleiding betreft (tabel 4.8) wordt duidelijk dat beduidend meer cliënten van niet-Belgische afkomst nog steeds in behandeling waren bij het afronden van de uitstroomfase van het onderzoek. Dit verschil is gedeeltelijk toe te schrijven aan het hoge percentage cliënten van niet-Belgische afkomst die een substitutiebehandeling volgen, die een relatief lange behandelingsduur kent in vergelijking met andere hulpverleningsvormen. Anderzijds beëindigden veel minder cliënten die niet in België geboren zijn de behandeling in onderling overleg.

Cliënten die in België geboren zijn, krijgen vaker te maken met een **wachttijd** voor de behandeling, die allicht toe te schrijven is aan het feit dat deze cliëntgroep vaker een beroep doet op de residentiële hulpverlening waar vaker wachtlijsten gehanteerd worden. Deze wachttijd duurt echter duidelijk langer voor cliënten van niet-Belgische afkomst.

	België als geboorteland	Ander geboorteland	χ^2	df	<i>p</i>
Afloop van de begeleiding/behandeling					
Cliënt heeft afgehaakt tijdens de behandeling	461 (35.6%)	52 (35.4%)	28.56	4	0.000
Cliënt voortijdig ontslagen door voorziening	69 (5.3%)	5 (3.4%)			
Module(s) afgerond in wederzijds overleg	523 (40.4%)	46 (31.3%)			
Cliënt is nog steeds in behandeling	138 (10.6%)	37 (25.2%)			
Ander afloop van de begeleiding/behandeling	105 (8.1%)	4 (4.8%)			
Werd er voorzien in verdere opvolging?					
Neen	182 (35.3%)	15 (32.6%)	0.25	2	0.881
Ja, door de eigen voorziening	129 (25%)	11 (23.9%)			
Ja, door een andere voorziening	205 (39.7%)	20 (43.5%)			
Was er een wachttijd?					
Ja	321 (19.4%)	25 (11%)	9.44	1	0.002
Nee	1330 (80.6%)	202 (89%)			
Aantal wachtdagen					
Minder dan twee weken	214 (67.5%)	12 (50%)	3.06	1	0.080
Meer dan twee weken	103 (32.5%)	12 (50%)			

Tabel 4.8: Vergelijking van de afloop van de begeleiding/behandeling tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst – instroom- en uitstroomfase.

4.3 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

4.3.1 CONCLUSIES

Uit deze secundaire analyse van het ALDRA-onderzoek blijkt dat de populatie cliënten die in de provincie Antwerpen een beroep doet op de alcohol- en drughulpverlening voor **13 à 15 procent** bestaat uit personen die niet in België geboren is. De grootste groep personen van niet-Belgische afkomst wordt gevormd door cliënten geboren in Marokko en Nederland. Daarnaast valt de heterogeniteit op binnen deze groep cliënten die niet in België geboren zijn en het relatief grote percentage personen afkomstig uit een EU-land.

Inzake **demografische karakteristieken** blijkt zowel uit de gegevens van de opstart- als de instroomfase dat alcohol- en druggebruikers van niet-Belgische afkomst die een beroep doen op de hulpverlening vaker mannen

zijn, in de stad wonen, werkloos zijn of onregelmatig werk hebben en niet in orde zijn met hun ziekteverzekering in vergelijking met geregistreerde cliënten van Belgische afkomst. Verschillen op het vlak van de leef- en justitiële situatie zijn minder eenduidig maar wijzen erop dat cliënten die niet in België geboren zijn vaker dakloos of gevangen zijn voor hun aanmelding bij de hulpverlening, terwijl cliënten van Belgische afkomst op dat moment frequenter bij hun ouders wonen. Qua leeftijd kan geen significant leeftijdsverschil gevonden worden bij de steekproef van cliënten die reeds in behandeling zijn, maar wel bij cliënten die in de hulpverlening instromen. In tegenstelling tot wat uit de literatuur naar voren komt, zijn cliënten geboren in België gemiddeld 2 jaar ouder.

Wat het **middelengebruik** betreft, stellen we vast dat alcohol het belangrijkste product vormt voor beide groepen, maar dat dit veel meer uitgesproken het geval is bij personen die in België geboren zijn. Daarnaast stellen we vast dat deze cliënten significant vaker het gebruik van alcohol, amfetamines en cannabis aangeven, terwijl bij cliënten die niet in België geboren zijn het gebruik van cocaïne, heroïne en methadon voorkomt. Zowel de aard van het productgebruik als het frequentere voorkomen van polydruggebruik en intraveneus gebruik wijzen in de richting van ernstiger problemen met illegale drugs bij de geregistreerde cliënten van niet-Belgische afkomst, terwijl bij cliënten van Belgische afkomst vooral de alcoholproblematiek voorop staat.

Tijdens de registratieperiode is gebleken dat cliënten van niet-Belgische afkomst vaker en sneller naar de ambulante alcohol- en drughulpverlening toestappen. Ook uit hun **behandelingsgeschiedenis** blijkt dat ze significant minder gebruik maken van de residentiële drughulpverlening in vergelijking met alcohol- en druggebruikers geboren in België. Dit vertaalt zich ook in de zorg- en behandelingsmodules die na het intakegesprek opgestart worden, zoals substitutiebehandeling en laagdrempelige opvang. De gegevens met betrekking tot de verwijzende instantie maken duidelijk dat personen van niet-Belgische afkomst ook vaker via informele en laagdrempelige kanalen in de hulpverlening terecht komen. De rol van justitie hierin is niet eenduidig, al blijkt dit tijdens de opstartregistratie duidelijk een belangrijker verwijzer bij personen van niet-Belgische afkomst.

Op het vlak van **zorggebruik** doen cliënten van Belgische en van niet-Belgische afkomst in gelijke mate een beroep op verschillende voorzieningen en komen ze even vaak verscheidene keren in dezelfde voorziening terecht. We vinden evenwel een significant verschil tussen beide groepen wat de afloop van het intakegesprek betreft: bij cliënten die in België geboren zijn wordt vaker een behandeling opgestart, terwijl één op vijf cliënten van niet-Belgische afkomst na het intakegesprek onmiddellijk wordt doorverwezen. Een dergelijk verschil wordt ook genoteerd met betrekking tot de afloop van de behandeling: veel meer cliënten van niet-Belgische afkomst waren nog steeds in begeleiding op het moment dat het registratieonderzoek werd afgesloten, wat allicht toe te schrijven is aan het hoge percentage van deze cliënten die een methadonsubstitutiebehandeling volgen. Bij cliënten geboren in België wordt de behandeling dan weer iets vaker in onderling overleg afgerond. Tenslotte komen cliënten van Belgische origine vaker op een wachtlijst terecht, maar lijkt de wachtlijst langer voor cliënten van niet-Belgische afkomst.

Tot slot willen we aangeven dat bij deze interpretaties en conclusies op basis van het ALDRA-onderzoek dient rekening gehouden te worden met een aantal **methodologische beperkingen**. Ondanks de vrij omvangrijke steekproefgrootte is de groep cliënten die niet in België geboren zijn eerder klein ($n = 118$) en eerder heterogeen dan homogeen samengesteld, waardoor het aantal cliënten per land of regio relatief laag is. Zowel personen geboren in Nederland, Congo als Georgië werden in één categorie ondergebracht, wat maakt dat bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten rekening moet gehouden worden met een belangrijke mate van diversiteit binnen deze groep. Bepaalde verschillen tussen beide groepen (Belgische en niet-Belgische afkomst) blijven hierdoor allicht ook onopgemerkt en zetten de gevonden verschillen extra in de verf. Tevens wordt in dit hoofdstuk een aantal uitspraken gedaan zonder dat we over veel achtergrondinformatie van deze cliënten beschikken, zoals met betrekking tot hun migratieproces en -traject, de duur van hun verblijf in België en hun eigen perceptie inzake het al dan niet behoren tot een bepaalde etnisch-culturele minderheidsgroep.

4.3.2 CONCLUSIONS

Il ressort de cette analyse secondaire de l'étude 'ALDRA'¹⁵ que la population de clients dans la province d'Anvers ayant fait appel à une structure de soins se compose de **13 à 15 pourcent** de personnes nées hors de Belgique. Le groupe d'origine non belge le plus important est constitué de clients nés au Maroc et aux Pays-Bas.

¹⁵ Alcohol en Drughulpverlening in de provincie Antwerpen = Structures de soins dans la province d'Anvers liés aux drogues et à l'alcool. ALDRA est un logiciel d'inscription en ligne.

De plus, l'hétérogénéité dans ce groupe de clients nés hors de Belgique ainsi que le pourcentage relativement important de personnes issues d'un pays de l'UE sont frappants.

Tant les données relatives à la phase de démarrage¹⁶ que celles portant sur la phase d'entrée en traitement¹⁷ indiquent que, concernant les **caractéristique démographiques**, les consommateurs d'alcool et de drogues d'origine non belge faisant appel à des structures de soins sont, en comparaison avec les clients enregistrés d'origine belge, plus souvent des hommes, habitant en milieu urbain, qui se trouvent au chômage ou ont un travail irrégulier et ne sont pas affiliés à une mutuelle. Les différences concernant la qualité de vie et la situation judiciaire sont moins claires, mais elles indiquent que les clients nés hors de Belgique ont le plus souvent fait de la prison ou encore étaient sans domicile fixe avant leur inscription dans des structures de soins, tandis que les clients d'origine belge habitaient au même moment le plus souvent chez leurs parents. En ce qui concerne l'âge, aucune différence significative n'a pu être constatée dans l'échantillon de clients 'en cours de traitement', par contre une différence a été observée dans l'échantillon de clients 'en demande de traitement'. Contrairement aux affirmations rencontrées dans la littérature, les clients nés en Belgique sont en moyenne plus âgés de 2 ans.

Nous constatons, en ce qui concerne la **consommation de substances**, que l'alcool constitue la substance la plus importante pour les deux groupes, mais que cette tendance est plus marquée chez les personnes nées en Belgique. En outre, nous observons que ces clients déclarent consommer, de manière significative, plus souvent de l'alcool, des amphétamines et du cannabis, tandis que chez les clients nés hors de la Belgique nous rencontrons une consommation de cocaïne, d'héroïne et de méthadone. Autant le type de consommation que la plus grande prévalence de polytoxicomanie et la consommation par voie intraveineuse vont sans doute aggraver la problématique des drogues illégales chez les clients inscrits d'origine non belge, tandis que chez les clients d'origine belge la problématique de l'alcool prédomine.

Durant la période d'enregistrement il est apparu que les clients d'origine non belge font plus souvent et rapidement le pas vers une structure de soins ambulatoires. Leur **historique des traitements** reçus laisse apparaître également qu'ils utilisent significativement moins de structures de soins résidentiels en comparaison aux consommateurs d'alcool et de drogues nés en Belgique. Cela s'exprime également dans les modules de soins et de traitements mis sur pied après l'entretien d'accueil, comme le traitement de substitution et l'accueil à bas seuil. Les données concernant l'instance de renvoi indiquent clairement que les personnes d'origine non belge aboutissent également plus souvent via des canaux informels et de bas seuil dans les structures de soins. Le rôle que joue la justice dans cette orientation n'est pas clair, même s'il ressort de l'enregistrement de la phase de démarrage qu'il semble être un des principaux orienteurs pour les personnes d'origine non belge.

Pour ce qui est du **recours aux soins**, les clients d'origine belge et non belge font appel de manière égale à diverses structures de soins et accèdent, dans des proportions équivalentes, **aux différentes structures de soin**. Nous trouvons cependant une différence significative entre les deux groupes à l'issue de l'entretien d'accueil : chez les clients nés en Belgique un traitement sera le plus souvent entamé, tandis qu'un client sur cinq d'origine non belge se voit directement réorienté après l'entretien d'accueil. Une différence semblable est remarquée également à la fin du traitement : un nombre plus important de clients d'origine non belge étaient encore suivis au moment de la clôture de l'étude d'enregistrement portant sur la consommation **de substances**, ce qui est très probablement à mettre sur le compte du pourcentage élevé de clients de ce groupe suivant un traitement de substitution à la méthadone. Chez les clients nés en Belgique l'arrêt du traitement se décide un peu plus souvent d'un commun accord. Enfin, les clients d'origine belge se retrouvent plus fréquemment sur une liste d'attente, mais cette liste semble plus longue pour les clients d'origine non belge.

En guise de conclusion, nous voulons signaler que les interprétations et conclusions basées sur l'étude ALDRA doivent prendre en compte quelques **limites méthodologiques**. Malgré un échantillon assez important, le groupe de clients n'étant pas nés en Belgique est plutôt restreint ($n = 118$) et plutôt hétérogène qu'homogène, ce qui donne un nombre de clients relativement bas par pays ou par région. Aussi bien les personnes nées aux Pays-Bas, qu'au Congo ou en Géorgie ont été rassemblées dans la même catégorie, il faudra dès lors tenir compte du degré important de diversité dans ce groupe lors de l'interprétation des résultats de l'étude. C'est pourquoi certaines différences entre les deux groupes (d'origine belge et non belge) passeront sans doute inaperçues, tandis que les différences observées peuvent être estimées d'autant plus significatives. En outre, les remarques formulées dans ce chapitre l'ont été sans que l'on puisse disposer de suffisamment d'informations de fond sur ces clients, tel que leur trajectoire et leur processus de migration, la durée de leur séjour en Belgique et leur propre perception en matière d'appartenance ou non à une minorité d'origine étrangère.

¹⁶ Opstartfase = Phase où l'on répertorie toutes les personnes qui sont **déjà** en traitement.

¹⁷ Instroomfase = Phase où l'on répertorie les personnes qui sont **en demande** d'un traitement.

HOOFDSTUK 5:

ERNST VAN VERSLAVING BIJ CLIËNTEN VAN BELGISCHE EN NIET-BELGISCHE HERKOMST

5.1 METHODOLOGIE

5.1.1 ONDERZOEKSPOPULATIE EN DATAVERZAMELING

Aansluitend bij de analyse van de gegevens met betrekking tot de voornaamste kenmerken en het zorggebruik van alcohol- en druggebruikers in de provincie Antwerpen, vergelijken we in wat volgt de ernst van de problemen op verschillende leefgebieden tussen cliënten van Belgische en van niet-Belgische herkomst. Hiertoe maken we in dit tweede gedeelte van het kwantitatief onderzoeksluik gebruik van EuropASI-gegevens die werden ingezameld door de Dienst Wetenschappelijk Onderzoek van de vzw De Sleutel¹⁸. We analyseren de gegevens van 1 880 cliënten die tussen 1 januari 2003 tot 31 december 2005 in één van de ambulante (dagcentra) of residentiële centra (crisisinterventiecentrum, therapeutische gemeenschap) van De Sleutel werden geïnterviewd tijdens een intakegesprek aan de hand van de EuropASI (Raes, Lombaert & Keymeulen, 2005).

De **Europese versie van de Addiction Severity Index** (EuropASI) is een bewerking van de vijfde versie van de Amerikaanse Addiction Severity Index (Fureman et al., 1990; McLellan et al., 1985). Het is een gestandaardiseerd en gevalideerd instrument dat zicht geeft op de ernst van de problemen waarmee druggebruikers kampen op verschillende leefgebieden, zoals lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politie, familie en sociale relaties en psychische/emotionele klachten (Hendriks, Kaplan, van Limbeek & Geerlings, 1989). Per leefgebied worden een aantal specifieke vragen gesteld die betrekking hebben op de gehele levensloop, de laatste drie jaar en de laatste 30 dagen. Aansluitend bij elk leefgebied wordt aan de cliënt gevraagd een inschatting te maken van de mate waarin hij/zij last heeft van deze problemen en op dit vlak nood aan hulp ervaart. Achteraf wordt er door de interviewer een globale inschatting gemaakt van de ernst van de problemen per leefgebied (= ernstscore), met de bedoeling een indicatie te geven van de ernst van de problematiek en de nood aan behandeling. Naast de bevraging van het voorkomen van bepaalde problemen op de onderscheiden leefgebieden wordt in de EuropASI ook informatie verzameld over een aantal demografische variabelen, zoals geslacht, leeftijd, woonplaats, leef- en werksituatie, nationaliteit en geboorteland van de cliënt en zijn/haar beide ouders.

5.1.2 DATA-ANALYSE

Ook in dit hoofdstuk gaan we op zoek naar mogelijke verschillen qua ernst van verslaving en eventuele problemen op verschillende leefgebieden tussen de cliëntpopulatie van Belgische herkomst en personen behorend tot etnisch-culturele minderheden. In functie van deze analyses dienen we te beschikken over een variabele die ons een idee geeft van de ‘etnische herkomst’ van de betrokken cliënten. Zoals reeds aangegeven bevat de EuropASI gegevens met betrekking tot de nationaliteit van de cliënt en het geboorteland van zowel de cliënt als zijn/haar beide ouders.

Voor het bepalen van de variabele ‘etnische herkomst’ hebben we – in overleg met de betrokken experts (Prof. Dr. Dirk Jacobs en Prof. Dr. Christian Haasen) en het begeleidingscomité – volgende procedure gevolgd. De ‘etnische herkomst’ van de cliënt wordt telkens bepaald op basis van zowel het geboorteland van de cliënt als het geboorteland van beide ouders. Indien de geboortelands van zowel ouders als cliënt gelijk zijn, wordt dit land geregistreerd als de ‘etnische herkomst’ van de cliënt. Indien het geboorteland van de cliënt België is, maar de ouders een ander geboorteland hebben, wordt het geboorteland van de moeder genomen om de etnische herkomst van de cliënt te bepalen (Dienst Onderzoek en Statistiek, 2006). Indien de in de EuropASI geregistreerde geboortelands van cliënt en ouders drie verschillende landen (buiten België) zijn, wordt het geboorteland van de cliënt gebruikt om de etnische herkomst van de cliënt vast te leggen.

Bij de gegevensanalyse worden in eerste instantie verschillen tussen cliënten van ‘Belgische etnische herkomst’ (het geboorteland van de cliënt en beide ouders is België) en van ‘niet-Belgische etnische herkomst’ (het

¹⁸ De Sleutel behoort tot het geheel van initiatieven van de Broeders van Liefde en vormt een netwerk van diensten en voorzieningen actief op het vlak van de preventie, behandeling en werkgelegenheid in het kader van de drugproblematiek.

geboorteland van de cliënt of van de moeder is niet België) nagegaan. We maken hierbij gebruik van χ^2 -toetsen voor de analyse van nominale en ordinale variabelen en van t-testen voor continue variabelen. We opteren ervoor om vooral significante verschillen weer te geven. Indien er significante verschillen vastgesteld worden tussen beide groepen, wordt nader ingegaan op intra-groep verschillen binnen de cliëntpopulatie van niet-Belgische afkomst.

Voor de analyse van de ernst van de problemen op de verschillende leefgebieden (lichamelijke gezondheid, tewerkstelling, justitie, familiale relaties, alcohol- en druggebruik en psychische gezondheid) maken we vooral gebruik van zogenaamde ‘composite scores’. Dit is een samengestelde score per leefgebied die berekend wordt op basis van een beperkt aantal variabelen die betrekking hebben op de laatste 30 dagen en die een score tussen 0 en 1 genereert (Koeter & Hartgers, 1996). Gezien de beoordeling van de interviewer geen rol speelt in de berekening van deze composite score (in tegenstelling tot de ernstscores), worden deze samengestelde scores heel vaak gebruikt in functie van wetenschappelijk onderzoek. Ernstscores zijn eerder klinisch relevant en houden een prognose in over de nood aan en het verloop van de behandeling (Vanderplasschen et al., 2007).

Tenslotte hebben we gebruik gemaakt van univariate covariantie-analyses om na te gaan wat de afzonderlijke invloed is van drie variabelen, met name geslacht (man vs. vrouw), leeftijd (covariant) en etnische herkomst (België vs. niet-België), op het voorkomen van problemen op de onderscheiden leefgebieden. Indien blijkt dat er een significante invloed is van de etnische herkomst op een bepaald leefgebied worden nadere analyses uitgevoerd. Inzake het verband tussen de leeftijd van de cliënt en problemen op de diverse leefgebieden wordt bij significante p-waarden tevens de Pearson r-correlatiecoëfficiënt berekend. Daarnaast werd ook gebruik gemaakt van Bonferonni-correcties om na te gaan of er tussen de grootste groepen binnen de variabele ‘etnische herkomst’ belangrijke verschillen waren.

5.2 RESULTATEN

5.2.1 DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

Wat de **etnische herkomst** betreft, zien we dat de meeste cliënten van Belgische herkomst zijn (79.1%), tegenover 20.9% cliënten ($n = 391$) van niet-Belgische etnische herkomst. Bij personen die zelf en/of van wie de ouders niet in België geboren zijn, wordt volgende etnische herkomst aangegeven (in volgorde van voorkomen):

- Marokko: 115 (6.1%)
- Duitsland: 31 (1.7%)
- Nederland: 30 (1.6%)
- Turkije: 28 (1.5%)
- Frankrijk: 23 (1.2%)
- Congo: 19 (1%)
- Spanje: 16 (0.9%)
- Italië: 14 (0.7%)
- Algerije: 10 (0.5%)
- Telkens 7 (0.4%): Iran, Polen en Tunesië
- Verenigd Koninkrijk: 6 (0.3%)
- Telkens 4 (0.2%): Joegoslavië, Oostenrijk, Portugal, Tsjecho-Slowakije en USSR
- Telkens 3 (0.2%): Barbados, Canada, Chili, Faeröer Eilanden, Schotland en Zwitserland
- Telkens 2 (0.1%): Denemarken en Griekenland
- Telkens 1 (0.1%): Albanië, Angola, Birma, Brazilië, Bulgarije, Engeland, Ethiopië, Filippijnen, Gibraltar, Hongarije, Hong Kong, Ierland, India, Korea, Libanon, Luxemburg, Maleisië, Mali, Mauritanië, Nicaragua, Noorwegen, Paraguay, Peru, Roemenië, Rwanda, Senegal, Singapore, Somalië, Syrië, Thailand, Trinidad & Tobago, Verenigde Staten van Amerika, Venezuela, Zuid-Afrika, Zambia en Zweden.

De **geslachtsverdeling** blijkt significant verschillend bij cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst, waarbij laatstgenoemde groep beduidend meer mannen telt (cf. tabel 5.1). Het hoge percentage mannelijke cliënten is vooral opvallend bij cliënten afkomstig uit Turkije ($n = 28$), Algerije ($n = 10$), Iran ($n = 10$) en Tunesië ($n = 7$), die uitsluitend mannen zijn. Ook de groep cliënten van Marokkaanse (109/115) en Congolese herkomst (16/19) telt nauwelijks vrouwen.

Bovendien zijn cliënten van niet-Belgische herkomst gemiddeld 3 jaar **ouder** (28.6 jaar, $SD = 7.29$) dan geregistreerde cliënten van Belgische afkomst (25.6 jaar, $SD = 6.75$), wat een significant verschil is ($t = 7.57$; $df = 1873$, $p = 0.000$). Dit leeftijdsverschil bij aanmelding geldt voor alle cliënten die niet in België zijn geboren en is het meest uitgesproken bij personen van Nederlandse (31.2 jaar) en Marokkaanse afkomst (29.2 jaar).

	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst
Geslacht ($\chi^2 = 6.30$; $df = 1$; $p = 0.012$)		
Man	1232 (83%)	345 (88.2%)
Vrouw	252 (17%)	46 (11.8%)
Woonplaats ($\chi^2 = 52.28$; $df = 2$; $p = 0.000$)		
Grote stad (> 100 000 inwoners)	550 (39.8%)	217 (57.6%)
Middelgrote stad (10 000 – 100 000 inwoners)	421 (30.5%)	110 (29.2%)
Kleine stad (< 10 000 inwoners)	411 (29.7%)	50 (13.3%)
Werksituatie gedurende de afgelopen drie jaar ($\chi^2 = 63.36$; $df = 6$; $p = 0.000$)		
Voltijds werkend	749 (51%)	160 (41.5%)
Deeltijds werkend	86 (5.9%)	18 (4.7%)
Student	258 (17.6%)	37 (9.6%)
Werkloos / brugpensioen	226 (15.4%)	93 (24.1%)
In gecontroleerde omgeving	87 (5.9%)	56 (14.5%)
Arbeidsongeschikt, ziekte of invaliditeit	60 (4.1%)	20 (5.2%)
Andere	3 (0.2%)	2 (0.5%)
Leefsituatie ($\chi^2 = 41.60$; $df = 8$; $p = 0.000$)		
Met partner en kind(eren)	116 (8.4%)	46 (13%)
Alleen met partner	232 (16.8%)	49 (13.8%)
Alleen met kind(eren)	21 (1.5%)	8 (2.3%)
Met ouders	438 (31.7%)	75 (21.1%)
Met familie	49 (3.5%)	15 (4.2%)
Met vriend(inn)en	35 (2.5%)	6 (1.7%)
Alleen	262 (18.9%)	76 (21.4%)
In een gecontroleerde omgeving	86 (6.2%)	48 (13.5%)
Wisselende leefsituaties	144 (10.4%)	32 (9.0%)
Burgerlijke status ($\chi^2 = 49.98$; $df = 3$; $p = 0.000$)		
Getrouwd	57 (4.1%)	43 (12%)
Gescheiden	105 (7.6%)	47 (13.2%)
Nooit getrouwd geweest	1155 (83.4%)	259 (72.5%)
Andere	68 (4.9%)	8 (2.2%)

Tabel 5.1: Vergelijking van demografische kenmerken tussen cliënten van Belgische en van niet-Belgische herkomst ($n = 1\ 880$).

Cliënten die zelf of wiens ouders niet in België geboren zijn **wonen** beduidend vaker in een grote stad, terwijl veel meer cliënten van Belgische herkomst woonachtig zijn in een gemeente of dorp van minder dan 10 000 inwoners (cf. tabel 5.1). Nadere analyse maakt duidelijk dat van de grootste subgroepen binnen de cliëntenpopulatie van niet-Belgische herkomst¹⁹ vooral personen van Marokkaanse, Turkse en Franse herkomst in de grote steden wonen (respectievelijk 69/111, 21/27 en 16/23 cliënten), terwijl dit bij cliënten van Nederlandse en Duitse afkomst veel minder het geval is (respectievelijk 12/29 en 11/31 cliënten).

Tijdens de drie jaar voorafgaand aan hun aanmelding in De Sleutel hadden beduidend meer cliënten van Belgische afkomst **werk** of waren ze nog student, terwijl personen van niet-Belgische herkomst vaker werkloos waren of in een gecontroleerde omgeving verbleven (cf. tabel 5.1). Zeer opvallend hierbij is het lage aantal werkenden (28.9%) en het hoge aantal (24.6%) personen in een gecontroleerde omgeving (bv. gevangenis) binnen de groep cliënten van Marokkaanse afkomst. Dit laatste percentage ligt eveneens een stuk hoger bij personen van Turkse afkomst (22.2%), maar over het algemeen is de tewerkstellingsgraad bij deze doelgroep hoog (55.6%). Ook tijdens de laatste 30 dagen voorafgaand aan het intakegesprek waren beduidend meer personen van niet-Belgische afkomst (16.6%) gedetineerd, tegenover 9.5% van de personen van Belgische herkomst ($\chi^2 = 20.48$; $df = 6$; $p = 0.002$).

¹⁹ Binnen de groep cliënten van niet-Belgische etnische herkomst worden enkel de vijf voornaamste landen van herkomst (Marokko ($n = 115$), Duitsland ($n = 31$), Nederland ($n = 30$), Turkije ($n = 28$) en Frankrijk ($n = 23$)) in deze nadere analyses betrokken, gezien alle overige landen van herkomst minder dan 20 personen tellen en hierover vanuit statistisch oogpunt weinig of geen betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan. Deze opmerking geldt in principe voor alle categorieën met minder dan 30 analyse-eenheden, maar personen van Turkse afkomst worden mee in de analyses betrokken gezien hun centrale plaats in het gehele onderzoek (o.a. in het kwalitatief onderzoeksluik).

Een ander opmerkelijk verschil betreft de **leefsituatie** van druggebruikende cliënten tijdens de afgelopen drie jaar: cliënten van niet-Belgische herkomst leven vaker samen met hun partner en kinderen terwijl personen die in België geboren zijn vaker bij hun ouders of alleen wonen (cf. tabel 5.1). Dit verschil uit zich ook in de burgerlijke status, waarbij cliënten uit de eerstgenoemde groep vaker getrouwd zijn of gescheiden leven. Inzoomend op deze groep cliënten valt op dat cliënten van Marokkaanse en Turkse herkomst procentueel gezien nagenoeg even vaak samenleven met hun ouders in vergelijking met cliënten van Belgische herkomst, wat veel minder vaak het geval is bij personen Nederlandse, Franse of Duitse herkomst.

5.2.2 MAATSCHAPPELIJKE, FAMILIALE EN JUSTITIËLE SITUATIE

Wat het **opleidingsniveau** betreft, merken we een significant verschil tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst, met een veel hoger percentage laaggeschoolden (hoogste diploma lager middelbaar onderwijs) bij laatstgenoemde groep (cf. tabel 5.2). Deze vaststelling hangt nauw samen met het feit dat personen van niet-Belgische afkomst gemiddeld beduidend minder lang naar school zijn geweest dan personen van Belgische afkomst (11 jaar vs. 11.5 jaar lager en secundair onderwijs) ($t = -4.51$; $df = 1842$; $p = 0.000$). Deze minder gunstige uitgangssituatie qua opleidingsniveau wordt vooral duidelijk bij cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst, van wie ongeveer de helft (respectievelijk 51.9 en 49.1%) enkel over een diploma lager onderwijs beschikt.

Het is verder opvallend dat bij personen van niet-Belgische afkomst werk (26.6% vs. 39.6%) beduidend minder vaak de belangrijkste **inkomensbron** vormde tijdens de afgelopen 3 jaar (cf. tabel 5.2). Voor opvallend weinig cliënten van Marokkaanse herkomst (12.4%) vormde werk tijdens die periode de belangrijkste bron van inkomsten en bekwamen ze hun inkomsten vooral via hun partner, familie of vrienden (31.9%). Binnen de populatie van niet-Belgische afkomst ligt het aantal personen met schulden significant hoger dan bij de groep cliënten die in België geboren zijn. Dit blijkt met name het geval bij personen van Franse afkomst (73.9%). Cliënten van niet-Belgische herkomst hebben gemiddeld ook meer personen ten laste (0.41 vs. 0.28) dan cliënten van Belgische herkomst ($t = 2.49$; $df = 513$; $p = 0.013$). Het blijkt dat het aantal personen ten laste vooral hoog ligt bij cliënten van Turkse afkomst (1.26).

Beduidend meer cliënten van niet-Belgische herkomst schatten hun last en nood aan hulp met betrekking tot problemen op het vlak van werk en inkomen erg hoog in in vergelijking met cliënten van Belgische herkomst ($\chi^2 = 10.81$; $df = 4$; $p = 0.029$; $\chi^2 = 29.68$; $df = 4$; $p = 0.000$). We zien dat vooral veel personen van Marokkaanse (28.6%) en Turkse (27.3%) herkomst aangeven erg veel nood aan hulp te hebben op dit vlak.

De **leefsituatie** van cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst is, zoals reeds aangetoond, duidelijk verschillend. Het valt op dat significant meer personen die zelf/of van wie de ouders niet in België geboren zijn over het algemeen minder tevreden zijn met hun leefsituatie en hun wijze van vrijetijdsbesteding. Met name cliënten van Turkse (53.8%) en Marokkaanse afkomst (46.2%) blijken ontevreden met hun leefsituatie, terwijl opvallend veel personen van Turkse afkomst (70.8%) stellen ontevreden te zijn met hun wijze van vrijetijdsbesteding.

Personen van Belgische afkomst spenderen hun **vrije tijd** beduidend vaker met vrienden (al dan niet met alcohol- of drugproblemen), terwijl personen van niet-Belgische herkomst hun vrije tijd vooral met familieleden of alleen doorbrengen. Met name personen van Marokkaanse (33%) en Turkse afkomst (32%) brengen hun vrije tijd vooral met familie door. Het ondersteunend netwerk van echte, goede vrienden blijkt gemiddeld iets uitgebreider bij personen van Belgische afkomst: 3.04 vs. 2.41 personen ($t = -3.99$; $df = 1694$; $p = 0.000$). Met name bij personen van Marokkaanse (2.08), Turkse (1.67) en Franse afkomst (2.04) ligt dit aantal gemiddeld iets lager.

	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst
Opleidingsniveau ($\chi^2 = 27.23$; $df = 7$; $p = 0.000$)		
Geen	30 (2.1%)	13 (3.4%)
Lager onderwijs	360 (25%)	135 (35.7%)
Lager middelbaar onderwijs	389 (27%)	88 (23.3%)
Beroepssecundair onderwijs	305 (21.2%)	70 (18.5%)
Technisch secundair onderwijs	201 (13.9%)	33 (8.7%)
Algemeen secundair onderwijs	98 (6.8%)	27 (7.1%)
Hoger onderwijs	48 (3.3%)	7 (1.9%)
Universitair onderwijs	11 (0.8%)	5 (1.3%)
Belangrijkste inkomstenbron tijdens laatste 30 dagen ($\chi^2 = 32.38$; $df = 7$; $p = 0.000$)		

Werk	575 (39.6%)	101 (26.6%)
Werkloosheidsuitkering	233 (16%)	65 (17.1%)
Bijstand (OCMW)	118 (8.1%)	58 (15.3%)
Pensioen, ziekte- of invaliditeitsuitkering	223 (15.3%)	62 (16.3%)
Geld van partner, familie of vrienden	224 (15.4%)	70 (18.4%)
Illegale activiteiten	23 (1.6%)	7 (1.8%)
Prostitutie	5 (0.3%)	2 (0.5%)
Andere	52 (3.6%)	15 (3.9%)
Schulden? ($\chi^2 = 21.29$; $df = 1$; $p = 0.000$)		
Ja	708 (48.4%)	240 (61.5%)
Nee	755 (51.6%)	150 (38.5%)
Tevredenheid met leefsituatie ($\chi^2 = 18.93$; $df = 2$; $p = 0.000$)		
Niet tevreden	388 (28.2%)	142 (40.1%)
Niet tevreden, niet ontevreden	203 (14.7%)	45 (12.7%)
Tevreden	786 (57.1%)	167 (47.2%)
Wijze van vrijetijdsbesteding ($\chi^2 = 26.92$; $df = 4$; $p = 0.000$)		
Met familieleden zonder alcohol- of drugproblemen	248 (18.2%)	88 (25.4%)
Met familieleden met alcohol- of drugproblemen	45 (3.3%)	14 (4%)
Met vrienden zonder alcohol- of drugproblemen	368 (27%)	64 (18.4%)
Met vrienden met alcohol- of drugproblemen	408 (29.9%)	80 (23.1%)
Alleen	295 (21.6%)	101 (29.1%)
Tevredenheid met vrijetijdsbesteding ($\chi^2 = 7.44$; $df = 2$; $p = 0.024$)		
Niet tevreden	505 (36.7%)	156 (44.6%)
Niet tevreden, niet ontevreden	224 (16.3%)	47 (13.4%)
Tevreden	646 (47%)	147 (42%)
Familiale kenmerken		
<i>Hechte relatie met moeder</i> ($\chi^2 = 5.57$; $df = 2$; $p = 0.062$)		
Ja	966 (70.7%)	267 (75.4%)
Nee	382 (27.9%)	79 (22.3%)
Weet het niet	19 (1.4%)	8 (2.3%)
<i>Hechte relatie met vader</i> ($\chi^2 = 12.18$; $df = 2$; $p = 0.002$)		
Ja	648 (48.9%)	193 (57.8%)
Nee	645 (48.6%)	128 (38.3%)
Weet het niet	33 (2.5%)	13 (3.9%)
<i>Hechte relatie met broer/zus</i> ($\chi^2 = 8.06$; $df = 2$; $p = 0.018$)		
Ja	835 (70.8%)	259 (78.7%)
Nee	329 (27.9%)	67 (20.4%)
Weet het niet	15 (1.3%)	3 (0.9%)
Justitiële verwijzing ($\chi^2 = 3.10$; $df = 1$; $p = 0.078$)		
Ja	529 (37.4%)	155 (42.5%)
Nee	884 (62.6%)	210 (57.5%)
Justitiële situatie ($\chi^2 = 35.18$; $df = 7$; $p = 0.000$)		
Vrij zonder juridisch verleden	466 (37.2%)	104 (31.3%)
Vrij met juridisch verleden	195 (15.6%)	61 (18.4%)
Vrijheid onder voorwaarden	173 (13.8%)	34 (10.2%)
Probatiemaatregel	151 (12.1%)	33 (9.9%)
Voorwaardelijke invrijheidsstelling	35 (2.8%)	22 (6.6%)
Voorlopige invrijheidsstelling	17 (1.4%)	13 (3.9%)
Vrijheidsberoving	14 (1.1%)	11 (3.3%)
Andere situatie met justitiële druk	201 (16.1%)	54 (16.3%)

Tabel 5.2: Verschillen tussen cliënten van Belgische en van niet-Belgische herkomst op het vlak van de maatschappelijke, familiale en juridische situatie ($n = 1\ 880$).

Het is verder opvallend dat een **intergenerationele geschiedenis** van alcohol- en drugproblemen significant vaker voorkomt bij personen van Belgische afkomst. Moeders van druggebruikers van Belgische herkomst hebben beduidend vaker een verleden van problemen met alcohol (15.7% vs. 10.2%), drugs of medicatie (8.4%

vs. 3.2%) of psychiatrische problemen (19.5% vs. 11.6%)²⁰. Bij vaders van cliënten van Belgische afkomst is significant vaker sprake van alcoholproblemen (36.3% vs. 23.8%) ($\chi^2 = 18.16$; $df = 1$; $p = 0.000$). Dergelijke familiegeschiedenis van alcohol en psychische problemen komt nagenoeg niet voor bij cliënten van Marokkaanse herkomst, terwijl deze percentages bij cliënten van Nederlandse, Franse en Duitse afkomst sterk vergelijkbaar zijn met deze van personen van Belgische herkomst.

Inzake **familiale relaties** geven veel meer cliënten met een niet-Belgische etnische herkomst aan een hechte relatie te hebben met hun familie (vader, moeder, broer(s)/zus(sen)) in vergelijking met cliënten van Belgische afkomst (cf. tabel 5.2). Hoge antwoordpercentages op dit vlak zijn vooral opvallend bij cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst, terwijl deze cijfers bij cliënten van Europese herkomst (Nederland, Frankrijk en Duitsland) gelijkaardig zijn als deze bij personen geboren in België. Tevens worden bij beduidend meer druggebruikers van Belgische herkomst ernstige problemen vastgesteld in de relatie met hun moeder in vergelijking met personen van niet-Belgische herkomst ($\chi^2 = 9.92$; $df = 2$; $p = 0.007$). Ook het aantal dagen dat men conflicten rapporteert met 'anderen' (= niet-familieleden) tijdens de 30 dagen voor het intakegesprek lag gemiddeld beduidend hoger bij personen van Belgische afkomst (1.66 vs. 0.95) ($t = -3.00$; $df = 778$; $p = 0.003$). Over het algemeen blijkt de ernst van de familiale en relationele problemen – op basis van de inschatting door de hulpverlener (= ernstscore) – evenwel niet ernstiger bij personen van Belgische dan bij personen van niet-Belgische afkomst.

De **justitiële situatie** van cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst blijkt significant te verschillen. Zo hebben personen van Belgische afkomst minder vaak een justitieel verleden en staan ze vaker onder probatietoezicht of zijn ze vrij zijn onder voorwaarden (cf. tabel 5.2). Personen die zelf (en/of hun ouders) niet in België geboren zijn, hebben vaker een juridisch verleden bij aanmelding of komen na hun detentie in De Sleutel terecht onder het statuut van voorwaardelijke of voorlopige invrijheidsstelling of vrijheidsberoving (gedwongen opname/internerings). Opvallend weinig cliënten van Marokkaanse en Turkse afkomst ervaren geen justitiële druk bij aanmelding of hebben geen justitieel verleden (respectievelijk 14% en 14.8%). Het aantal **justitiële verwijzingen** in beide groepen is (net) niet significant verschillend, hoewel meer cliënten van niet-Belgische herkomst vanuit justitiële hoek worden doorverwezen.

Verder valt op dat cliënten van niet-Belgische herkomst beduidend langer (12.8 vs. 5.5 maanden) in de **gevangenis** hebben vastgezet in vergelijking met cliënten die in België geboren zijn ($t = -6.90$; $df = 1766$; $p = 0.000$). Ook deze percentages zijn het hoogst bij cliënten van Marokkaanse (gemiddeld 22 maanden) en Turkse herkomst (gemiddeld 22.5 maanden). Ook tijdens de laatste 30 dagen voorafgaand aan het intakegesprek brachten cliënten van niet-Belgische afkomst meer dagen (10.1 vs. 6.5) in de gevangenis door ($t = 4.59$; $df = 444$; $p = 0.000$). Analyse van het gerechtelijk verleden van deze cliënten maakt duidelijk dat zij in het verleden beduidend vaker (3.5 vs. 2.1 keer) opgepakt werden omwille van vermogensdelicten (bv. diefstal, inbraak) ($t = 2.98$; $df = 581$; $p = 0.003$). Op het moment dat ze op intakegesprek komen in De Sleutel staat beduidend meer cliënten van Belgische afkomst (30.2% vs. 23.7%) echter nog een aanklacht, rechtszaak of straf te wachten ($\chi^2 = 5.92$; $df = 1$; $p = 0.015$).

Hoewel minder cliënten die niet in België geboren zijn nog een zaak of straf te wachten staat, is het opvallend dat zij beduidend meer last van justitiële problemen ($\chi^2 = 12.95$; $df = 4$; $p = 0.012$) ervaren en dat ook significant meer personen 'tamelijk' tot 'erg veel' nood aan hulp op dit vlak aangeven ($\chi^2 = 19.23$; $df = 4$; $p = 0.001$). Deze hoge subjectieve probleemin-schatting draagt er – naast de hogere frequentie van detentie in het verleden en voorafgaand aan het intakegesprek – toe bij dat de ernstscores van de betrokken hulpverleners met betrekking tot justitiële problemen gemiddeld iets hoger (2.82 vs. 2.47) liggen bij personen van niet-Belgische afkomst ($t = 2.97$; $df = 1752$; $p = 0.003$) (cf. tabel 5.7).

5.2.3 MIDDELENGBRUIK

Wat de **ernst van het middelengebruik** betreft, stellen we vast dat de ernst van de alcoholproblematiek bij aanvang van de behandeling beduidend lager ligt bij cliënten van niet-Belgische herkomst (cf. tabel 5.3). Vooral bij cliënten van Turkse (0.076), Marokkaanse (0.057) en Franse herkomst (0.036) liggen deze gemiddelde composite scores laag. Op het vlak van de ernst van het druggebruik kunnen er evenwel geen significante verschillen vastgesteld worden tussen beide groepen.

	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst	t	df	p
Problemen op het gebied van	<i>n</i> = 1377	<i>n</i> = 361	-3.13	620	0.002

²⁰ Bijhorende χ^2 -waarden zijn respectievelijk: $\chi^2 = 6.66$, $df = 1$, $p = 0.010$; $\chi^2 = 10.83$, $df = 1$, $p = 0.001$; $\chi^2 = 11.50$, $df = 1$, $p = 0.001$.

alcoholgebruik	0.114 (0.17)	0.086 (0.15)			
Problemen op het gebied van druggebruik²¹	<i>n</i> = 1324	<i>n</i> = 348	0.53	1670	0.600
	0.164 (0.11)	0.167 (0.12)			

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.3: Vergelijking van de composite scores voor de leefgebieden ‘alcohol’ en ‘drugs’ tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst (*n* = 1 880).

In tabel 5.4 wordt een meer gedetailleerd beeld gegeven van het **regelmatig productgebruik van de cliëntpopulatie** met betrekking tot de beginleeftijd, het aantal jaren gebruik en het middelengebruik tijdens de afgelopen 30 dagen. Zoals reeds afgeleid kan worden uit de ‘alcohol’ composite score, ligt de beginleeftijd voor regelmatig (overmatig) *alcoholgebruik* beduidend lager bij cliënten van Belgische herkomst en komt recent (overmatig) alcoholgebruik vaker voor bij deze groep. Ook de uitgaven aan alcohol (€57.04 vs. €26.75) liggen gemiddeld significant hoger bij deze cliënten ($t = -4.60$; $df = 1606$; $p = 0.000$).

Wat het recent (voorbij 30 dagen) gebruik van illegale middelen betreft blijken cliënten die in België geboren zijn significant vaker *amfetamines* en *antidepressiva* te gebruiken. Wat het aantal jaren gebruik betreft ligt het gemiddeld aantal jaren gebruik van *antidepressiva* beduidend hoger bij cliënten van Belgische herkomst, maar het aantal jaren *heroïne*-, *cocaïne*-, en *cannabisgebruik* ligt gemiddeld ongeveer 1 jaar hoger bij cliënten van niet-Belgische afkomst. Anderzijds zien we dat de gemiddelde beginleeftijd voor regelmatig middelengebruik significant hoger is bij deze laatste groep voor alle illegale middelen (met uitzondering van psychotrope medicatie). Het meest opvallende verschil betreft de beginleeftijd voor methadongebruik waarbij cliënten van niet-Belgische herkomst gemiddeld drie jaar ouder zijn voordat ze methadon beginnen gebruiken, wat er zou kunnen op wijzen dat het gemiddeld langer duurt voordat deze personen in contact komen met methadonbehandeling.

Bij de geregistreerde cliënten geboren in België komen volgende producten naar voor als **belangrijkste probleemmiddel**: cannabis (26%), opiaten (19.6%), cocaïne (14.5%), polydruggebruik (14.1%) en amfetamines (11%), terwijl dit voor cliënten van niet-Belgische herkomst volgende middelen zijn: opiaten (21.8%), cannabis (21.5%), cocaïne (17.8%), polydruggebruik (13.8%) en alcohol + illegale drugs (5.6%). Dit betreft een significant verschil ($\chi^2 = 29.82$; $df = 10$; $p = 0.001$), waarbij cannabis en amfetamines duidelijk vaker naar voor komen als belangrijkste probleemmiddel bij cliënten van Belgische afkomst (respectievelijk 26% vs. 21.5% en 11% vs. 5.1%), terwijl dit vaker opiaten en cocaïne betreft bij personen van niet-Belgische herkomst (respectievelijk 23.4% vs. 20.3% en 17.8% vs. 14.5%).

De langste periode dat cliënten vrijwillig abtinent bleven van hun belangrijkste probleemmiddel is significant langer bij personen van niet-Belgische afkomst (7.1 vs. 4.6 maanden) ($t = 2.88$; $df = 437$; $p = 0.004$). Ook de duur van de langste abtinentieperiode na het volgen van een behandeling – voor zover men reeds een behandeling volgde – is beduidend langer (7.7 maanden vs. 5.2 maanden) bij deze cliënten ($t = 1.99$; $df = 264$; $p = 0.048$).

Beide groepen verschillen niet significant met betrekking tot **intraveneus druggebruik** ($\chi^2 = 0.34$; $df = 1$; $p = 0.560$): iets meer cliënten van Belgische afkomst (31% vs. 29.4%) geeft aan ooit drugs gespoten te hebben en dit percentage is opvallend laag bij cliënten van Marokkaanse afkomst (21.9%). We zien verder dat de beginleeftijd voor het intraveneus gebruik van drugs gemiddeld ongeveer één jaar hoger ligt bij cliënten van niet-Belgische afkomst (21.8 vs. 20.7 jaar), maar dit betreft (net) geen significant verschil ($t = 1.90$; $df = 551$; $p = 0.058$).

Tenslotte is het opvallend dat cliënten van niet-Belgische afkomst zelf aangeven veel meer last en nood aan hulp te hebben op het vlak van drugproblemen dan cliënten van Belgische afkomst. Dit verschil valt met name op in de categorieën ‘erg veel last’ (22.2% vs. 15.8%) ($\chi^2 = 9.14$; $df = 4$; $p = 0.058$) en ‘erg veel nood aan hulp’ (38.8% vs. 30.6%) ($\chi^2 = 10.56$; $df = 4$; $p = 0.032$). Op basis van de inschatting van de hulpverlener die het EuropASI-interview afnam, kan er evenwel geen verschil qua ernst van de drugproblemen vastgesteld worden tussen beide groepen ($t = 0.27$; $df = 541$; $p = 0.785$) (cf. tabel 5.7).

²¹ Bij de berekening van de composite scores voor drugproblemen werd het gebruik van medicatie (benzodiazepines, antidepressiva en hypnotica) niet in rekening gebracht, wegens het grote aantal ontbrekende gegevens.

	Beginleeftijd regelmatig gebruik					Aantal jaren regelmatig gebruik					Aantal dagen gebruik gedurende afgelopen 30 dagen ²²				
	Belgische herkomst	Andere herkomst	t	df	p	Belgische herkomst	Andere herkomst	T	df	p	Belgische herkomst	Andere herkomst	t	df	p
Alcohol (elke hoeveelheid)	n = 1166 15.70 (3.66)	n = 293 17.18 (4.41)	5.32	399	0.000	n = 1154 7.36 (6.59)	n = 288 8.25 (7.24)	1.91	414	0.057	n = 1448 6.55 (8.92)	n = 380 4.72 (7.87)	-3.93	658	0.000
Alcohol (>= 5 glazen / dag)	n = 821 17.95 (4.36)	n = 214 19.10 (5.18)	-2.97	296	0.003	n = 818 5.18 (5.62)	n = 210 5.59 (6.12)	-0.91	1026	0.364	n = 1450 2.81 (6.93)	n = 382 2,14 (5.49)	2.08	635	0.038
Heroïne	n = 613 20.33 (5.09)	n = 179 21.40 (5.01)	-2.48	790	0.013	n = 613 4.41 (4.91)	n = 180 5.51 (5.19)	-2.53	279	0.012	n = 1451 3.49 (8.42)	n = 381 3.94 (9.06)	-0.92	1280	0.360
Methadon	n = 382 23.47 (5.56)	n = 118 26.32 (6.12)	-4.75	498	0.000	n = 380 2.22 (3.33)	n = 116 2.65 (3.54)	-1.20	494	0.230	n = 1446 2.79 (7.94)	n = 381 3.36 (8.77)	-1.15	555	0.250
Cocaïne	n = 951 20.34 (4.95)	n = 269 21.63 (5.99)	-3.42	378	0.001	n = 945 3.64 (4.71)	n = 264 4.48 (4.69)	-2.58	1207	0.010	n = 1452 1.89 (5.00)	n = 379 2.47 (6.43)	-1.63	503	0.104
Amfetamines	n = 951 17.98 (4.06)	n = 152 18.88 (4.85)	-2.17	186	0.032	n = 946 4.06 (4.47)	n = 151 3.74 (4.80)	0.82	1095	0.415	n = 1445 1.30 (4.68)	n = 378 0.70 (3.78)	2.60	710	0.009
Hallucino-genen	n = 449 17.71 (3.18)	n = 77 18.57 (4.14)	-2.11	524	0.036	n = 448 1.95 (3.52)	n = 76 1.71 (3.18)	0.56	522	0.574	n = 1447 0.03 (0.42)	n = 380 0.04 (0.77)	-0.04	1825	0.691
XTC	n = 905 18.23 (4.33)	n = 167 19.40 (5.44)	-2.63	207	0.009	n = 901 3.46 (3.93)	n = 166 3.06 (3.61)	1.21	1065	0.228	n = 1443 0.28 (1.67)	n = 378 0.15 (0.93)	2.01	1081	0.045
Cannabis	n = 1282 16.34 (3.82)	n = 323 16.84 (3.92)	-2.05	1603	0.040	n = 1277 7.24 (6.22)	n = 321 8.84 (5.18)	-4.15	495	0.000	n = 1450 10.88 (12.20)	n = 381 9.92 (11.86)	1.39	1829	0.166
Benzo-diazepines	n = 134 20.65 (5.28)	n = 42 21.86 (6.67)	-1.07	58	0.287	n = 132 4.95 (6.12)	n = 42 3.36 (4.63)	1.56	172	0.122	n = 375 3.85 (9.41)	n = 101 2.90 (7.97)	1.02	182	0.308
Anti-depressiva	n = 114 23.54 (6.20)	n = 24 25.17 (4.93)	-1.21	136	0.229	n = 114 3.00 (4.82)	n = 24 1.42 (2.30)	2.43	73	0.018	n = 368 3.83 (9.73)	n = 101 1.52 (6.22)	2.88	249	0.004
Meerdere producten	n = 1020 18.27 (4.44)	n = 285 19.80 (5.70)	-4.17	385	0.000	n = 1015 6.19 (5.83)	n = 281 6.46 (5.44)	-0.67	1294	0.500	n = 1331 6.21 (9.97)	n = 363 6.29 (10.13)	-0.13	1692	0.896

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.4: Vergelijking van het regelmatig middelengebruik (gemiddelden en standaarddeviaties) tussen cliënten van Belgische en van niet-Belgische afkomst.

²² Gemiddelden en standaarddeviaties zijn berekend op het totaal aantal cliënten, dus in deze berekeningen zijn ook personen inbegrepen die aangaven geen enkele dag van de voorbije 30 maanden het betreffende middel gebruikt te hebben.

5.2.4 LICHAAMELIJKE EN PSYCHISCHE GEZONDHEID

Op het vlak van de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand worden een aantal opmerkelijke verschillen duidelijk tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische afkomst. Beide groepen hebben in dezelfde mate chronische klachten en eerdere ziekenhuisopnames gekend, maar personen die niet in België geboren zijn schatten de mate van last van **lichamelijke problemen** ($\chi^2 = 6.38$; $df = 4$; $p = 0.172$) en vooral de nood aan hulp en behandeling voor dergelijke problemen ($\chi^2 = 19.49$; $df = 4$; $p = 0.001$) beduidend hoger in. Dit houdt allicht verband met het feit dat de prevalentie van zowel hepatitis (17.5% vs. 11.5%) als HIV (2.4% vs. 0.5%) significant hoger ligt bij personen van niet-Belgische herkomst ($\chi^2 = 10.50$, $df = 2$, $p = 0.005$; $\chi^2 = 7.55$, $df = 2$, $p = 0.023$). Volgens de inschatting van de betrokken hulpverleners (= ernstscores) verschillen beide cliëntpopulaties echter niet significant qua ernst van lichamelijke gezondheidsproblemen (cf. tabel 5.7).

Ook met betrekking tot de ernst van de **psychische problematiek** kunnen geen significante verschillen vastgesteld worden, al liggen de ernstscores voor psychische klachten – in tegenstelling tot deze voor lichamelijke klachten – gemiddeld iets hoger bij personen van Belgische herkomst. Deze hogere ernstscores kunnen verklaard worden door de iets hogere prevalentie van de meeste psychische klachten bij personen van Belgische afkomst tijdens de afgelopen 30 dagen. Significant meer personen die zelf (en/of van wie de ouders) in België geboren zijn, hadden tijdens de 30 dagen voorafgaand aan het intakeinterview zelfmoordgedachten en/of last om hun agressie onder controle te houden (cf. tabel 5.5). Alle overige bevraagde psychische problemen komen nagenoeg in dezelfde mate voor bij beide groepen en ook de subjectief ervaren last en nood aan hulp blijkt nauwelijks te verschillen tussen beide groepen ($\chi^2 = 0.85$, $df = 4$, $p = 0.932$; $\chi^2 = 0.52$, $df = 4$, $p = 0.972$).

	Ooit psychische klachten		Psychische klachten laatste 30 dagen	
	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst
Depressieve gevoelens	66%	66.4%	33.7%	30.1%
	$\chi^2 = 0.02$; $df = 1$; $p = 0.879$		$\chi^2 = 1.74$; $df = 1$; $p = 0.187$	
Gevoelens van spanning of angst	61%	61.3%	39.9%	36.9%
	$\chi^2 = 0.01$; $df = 1$; $p = 0.928$		$\chi^2 = 1.05$; $df = 1$; $p = 0.305$	
Moeite om te begrijpen, concentreren of onthouden	51.5%	47.3%	37.5%	32%
	$\chi^2 = 1.93$; $df = 1$; $p = 0.165$		$\chi^2 = 3.71$; $df = 1$; $p = 0.054$	
Hallucinaties	12.9%	13.6%	3.9%	4.5%
	$\chi^2 = 0.10$; $df = 1$; $p = 0.757$		$\chi^2 = 0.29$; $df = 1$; $p = 0.593$	
Moeite met agressiecontrole	57.9%	53.8%	27.4%	20.5%
	$\chi^2 = 1.95$; $df = 1$; $p = 0.163$		$\chi^2 = 6.91$; $df = 1$; $p = 0.009$	
Voorschrijven van psychotrope medicatie	41.4%	40.6%	26.1%	25.8%
	$\chi^2 = 0.02$; $df = 1$; $p = 0.900$		$\chi^2 = 0.06$; $df = 1$; $p = 0.801$	
Ernstige zelfmoordgedachten	46.5%	41.7%	13.7%	9.3%
	$\chi^2 = 2.62$; $df = 1$; $p = 0.105$		$\chi^2 = 4.89$; $df = 1$; $p = 0.027$	
Zelfmoordpoging(en)	26.2%	22.3%	1.5%	1.1%
	$\chi^2 = 0.24$; $df = 1$; $p = 0.624$		$\chi^2 = 2.34$; $df = 1$; $p = 0.126$	

Tabel 5.5: Vergelijking van de prevalentie van bepaalde psychische klachten (ooit – laatste 30 dagen) tussen personen van Belgische en niet-Belgische afkomst ($n = 1\ 726$).

5.2.5 GEVOLGDE ZORGMODULE EN BEHANDELINGSGESCHIEDENIS

In bepaalde **zorgeenheden** treffen we proportioneel meer cliënten aan die niet in België geboren zijn dan in andere, met name in de therapeutische gemeenschappen waar 4.9% van alle cliënten van niet-Belgische afkomst geregistreerd werden tegenover ‘slechts’ 2.1% van de overige cliënten ($\chi^2 = 12.49$; $df = 3$; $p = 0.006$). Of anders gesteld, in de therapeutische gemeenschappen zijn 38% van de geregistreerde cliënten van niet-Belgische afkomst, terwijl dit in de dagcentra, het crisisinterventiecentrum en de sociale werkplaatsen respectievelijk 20.9, 15.6 en 12.1% bedraagt.

Met betrekking tot de **verwijzende instantie** kunnen geen significante verschillen vastgesteld worden tussen personen van Belgische en niet-Belgische herkomst die geregistreerd werden in één van de voorzieningen van vzw De Sleutel.

Wat de **behandelingsgeschiedenis** betreft van personen van Belgische en niet-Belgische afkomst kunnen nagenoeg geen verschillen vastgesteld worden tussen beide groepen. Hoewel de ernst van de alcoholproblemen bij cliënten van niet-Belgische afkomst overwegend lager ligt, geven ze significant vaker aan ooit een residentieel ontwenningprogramma gevolgd te hebben omwille van alcoholproblemen ($\chi^2 = 4.33$; $df = 1$; $p = 0.037$). Het betreft evenwel een zeer gering verschil (2.7% vs. 1.2%). Anderzijds hebben beduidend meer personen van niet-Belgische herkomst (5.5% vs. 2.3%) reeds in een sociale werkplaats gewerkt ($\chi^2 = 10.29$; $df = 1$; $p = 0.001$), terwijl heel wat meer personen van Belgische herkomst (8.4 vs. 5.4%) reeds een beroep deden op een huisarts of andere niet-categoriale hulpverlener omwille van hun drugproblemen ($\chi^2 = 3.75$; $df = 1$; $p = 0.053$).

Uit de analyse van het aantal **behandelingen** voor **psychische of emotionele problemen** blijkt dat de frequentie van het aantal ambulante behandelingen omwille van dergelijke problemen significant hoger ligt bij personen van Belgische herkomst, hoewel er geen verschil vastgesteld wordt met betrekking tot het gemiddeld aantal residentieële opnames (cf. tabel 5.6).

	België als etnische herkomst	Andere etnische herkomst	t	df	p
Aantal residentieële behandelingen	$n = 1346$ 0.53 (1.56)	$n = 353$ 0.49 (1.68)	-0.39	1715	0.696
Aantal ambulante begeleidingen	$n = 1364$ 0.63 (1.34)	$n = 354$ 0.40 (0.94)	-3.64	769	0.000

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.6: Vergelijking van het aantal ambulante en residentieële behandelingen omwille van psychische of emotionele problemen tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst.

5.2.6 ERNST VAN DE PROBLEMEN OP VERSCHILLENDE LEEFGEBIEDEN

Zoals reeds aangegeven resulteert de afname van de EuropASI in twee soorten ernstscores. De eerste betreft de ASI-ernstscore waarin de subjectieve inschatting door de hulpverlener een bepalende rol speelt. Hoewel deze ernstscores toegekend door de interviewer een minder betrouwbare inschatting geven van de ernst van de problemen op verschillende leefgebieden dan de meer objectieve composite scores, geven ze toch een indicatie van de behandelnoten van de geïnterviewde. Uit de vergelijking van de **ernstscores** van personen van Belgische en niet-Belgische herkomst blijkt dat vooral de ernst van de justitiële en arbeidsproblemen significant hoger wordt geschat bij laatstgenoemde groep (cf. tabel 5.7). Over het algemeen hebben aangemelde cliënten vooral problemen (en nood aan behandeling) met betrekking tot hun druggebruik, familiale problemen en psychische klachten. Op deze leefgebieden blijkt de ernst van de problemen van cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst echter niet te verschillen.

	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst	t	df	p
Lichamelijke gezondheid	2.05 (1.75)	2.19 (1.74)	1.42	1839	0.157
Arbeid, opleiding, inkomen	2.95 (1.89)	3.47 (1.88)	4.68	1693	0.000
Alcohol	2.01 (1.88)	1.92 (2.02)	-0.85	1789	0.397
Drugs	4.74 (1.49)	4.77 (1.63)	0.27	541	0.785
Justitie, politie	2.47 (1.93)	2.82 (2.08)	2.84	532	0.005
Familie, sociale relaties	3.75 (1.79)	3.64 (1.82)	-1.01	1699	0.311
Psychische, emotionele klachten	3.65 (2.00)	3.54 (2.07)	-0.94	1695	0.347

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.7: Vergelijking van de EuropASI-ernstcores op de onderscheiden leefgebieden tussen personen van Belgische en niet-Belgische herkomst.

De EuropASI-**composite scores** geven een meer objectieve en betrouwbare indicatie van de ernst van de problemen op de onderscheiden leefgebieden. Deze composite scores geven een vergelijkbaar, doch enigszins genuanceerd beeld van de ernst van de problemen op de verschillende leefgebieden (cf. tabel 5.8). Deze composite scores zijn bij de onderzochte cliëntpopulatie het hoogst op het vlak van arbeid, opleiding en inkomen en lichamelijke en psychische gezondheid. Er kunnen significante verschillen tussen cliënten van Belgische en niet-Belgische herkomst worden vastgesteld met betrekking tot de werksituatie en lichamelijke gezondheidstoestand. In beide gevallen is sprake van meer ernstige problemen bij cliënten die zelf (of hun ouders) niet in België zijn geboren.

	Etnische herkomst België	Andere etnische herkomst	t	df	p
Lichamelijke gezondheid	0.236 (0.29)	0.273 (0.31)	2.12	579	0.035
Arbeid, opleiding, inkomen	0.576 (0.44)	0.705 (0.41)	5.20	591	0.000
Alcohol	0.114 (0.17)	0.086 (0.15)	-3.13	621	0.002
Drugs	0.164 (0.11)	0.167 (0.12)	0.53	1670	0.600
Justitie, politie	0.178 (0.20)	0.191 (0.21)	1.02	1701	0.310
Familie	0.156 (0.21)	0.148 (0.21)	-0.61	1669	0.540
Sociale relaties	0.115 (0.17)	0.108 (0.16)	-0.66	1649	0.507
Psychische, emotionele klachten	0.264 (0.23)	0.245 (0.22)	-1.44	1673	0.149

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.8: Vergelijking van EuropASI-composite scores tussen personen van Belgische en niet-Belgische herkomst.

De vergelijking van de composite-scores maakt duidelijk dat er significante verschillen bestaan tussen de zes onderscheiden etnische groepen qua ernst van de problemen op het vlak van werk, psychische gezondheid, alcohol- en druggebruik (cf. tabel 5.9). Een bijna significant verschil wordt vastgesteld met betrekking tot lichamelijke gezondheidsproblemen.

Bij meervoudige vergelijking van deze gemiddelden (Bonferroni-test) blijkt er met name een significant verschil tussen cliënten van Duitse en Belgische afkomst op het vlak van lichamelijke gezondheid, tussen cliënten van Belgische en Marokkaanse afkomst op het vlak van werk, psychische problemen en alcoholgebruik en tussen cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst met betrekking tot de ernst van de psychische problemen.

Indien de invloed van potentieel **mediërende variabelen**, zoals geslacht, leeftijd en etniciteit (Belgische en niet-Belgische herkomst) op de ernst van de problemen op de onderscheiden leefgebieden wordt nagegaan, blijkt vooral dat het geslacht van de cliënt hierin een bepalende rol speelt (cf. tabel 5.10).

Leefgebied	Etnische afkomst						<i>p</i>
	België	Marokko	Turkije	Frankrijk	Duitsland	Nederland	
Lichamelijke gezondheid	0.236 (0.29)	0.261 (0.30)	0.271 (0.31)	0.259 (0.32)	0.399 (0.38)	0.289 (0.33)	0.052
Werk	0.576 (0.44)	0.834 (0.32)	0.655 (0.46)	0.669 (0.45)	0.615 (0.48)	0.605 (0.46)	0.000
Alcohol	0.114 (0.17)	0.057 (0.12)	0.076 (0.18)	0.037 (0.05)	0.145 (0.05)	0.143 (0.18)	0.018
Drugs	0.164 (0.11)	0.142 (0.12)	0.214 (0.14)	0.164 (0.11)	0.209 (0.11)	0.164 (0.11)	0.002
Justitie	0.178 (0.20)	0.219 (0.20)	0.235 (0.20)	0.148 (0.18)	0.196 (0.26)	0.162 (0.22)	0.249
Familie	0.156 (0.21)	0.126 (0.21)	0.160 (0.23)	0.142 (0.19)	0.138 (0.21)	0.130 (0.19)	0.798
Sociale relaties	0.115 (0.17)	0.073 (0.14)	0.098 (0.15)	0.137 (0.18)	0.155 (0.22)	0.142 (0.19)	0.130
Psychische klachten	0.264 (0.23)	0.188 (0.20)	0.343 (0.26)	0.198 (0.16)	0.306 (0.22)	0.316 (0.24)	0.002

Gemiddelde (standaarddeviatie)

Tabel 5.9: Vergelijking van de composite scores tussen de onderscheiden etnische groepen.

Leefgebied*	Totaal		Geslacht					Etnische herkomst					Leeftijd
	<i>n</i>	mean (SD)	Man		Vrouw		<i>p</i>	België als etnische herkomst		Andere etnische herkomst		<i>p</i>	<i>p</i>
			<i>n</i>	mean	<i>n</i>	mean		<i>n</i>	mean	<i>n</i>	mean		
Lichamelijk welzijn	1854	0.24 (0.29)	1561	0.24	293	0.33	0.000	1467	0.27	387	0.29	0.182	0.000
Werk	1751	0.60 (0.44)	1478	0.63	273	0.72	0.002	1390	0.61	361	0.74	0.000	0.311
Alcohol	1742	0.11 (0.17)	1461	0.10	277	0.07	0.001	1377	0.10	361	0.07	0.000	0.000
Drugs	1675	0.16 (0.11)	1405	0.16	267	0.18	0.001	1324	0.17	348	0.17	0.812	0.000
Justitie	1703	0.18 (0.20)	1433	0.19	270	0.13	0.000	1356	0.16	347	0.17	0.558	0.440
Familiale relaties	1671	0.15 (0.21)	1415	0.14	256	0.21	0.000	1331	0.18	340	0.17	0.692	0.660
Relaties met anderen	1655	0.11 (0.17)	1393	0.11	258	0.14	0.005	1320	0.13	331	0.12	0.287	0.000
Psychisch welzijn	1675	0.26 (0.23)	1413	0.24	262	0.31	0.000	1328	0.29	347	0.26	0.036	0.000

Tabel 5.10: Composite scores voor problemen op verschillende leefgebieden naar invloed van geslacht, etniciteit en leeftijd.

Behalve op het leefgebied ‘politie, justitie’ kampen **vrouwen** bij de start van de behandeling met significant ernstigere problemen dan mannen wat betreft lichamelijke en psychische gezondheid, arbeid, opleiding en inkomen en familie en sociale relaties. Mannen hebben anderzijds beduidend ernstigere justitiële problemen. Ook **leeftijd** blijkt problemen op bepaalde leefgebieden significant te beïnvloeden. Zo gaat een hogere leeftijd beduidend vaker samen met meer ernstige problemen op het vlak van lichamelijke gezondheid ($r = 0.160$; $p = 0.000$), psychisch welbevinden ($r = 0.131$; $p = 0.000$) en de kwaliteit van sociale relaties ($r = 0.062$; $p = 0.012$). Met betrekking tot de variabele ‘**etnische herkomst**’ stellen we vast dat deze samenhangt met de ernst van de problematiek op het vlak van ‘opleiding en tewerkstelling’ en ‘psychische gezondheid’. De arbeidsproblemen van personen van niet-Belgische etnische herkomst blijken beduidend ernstiger dan deze van cliënten van Belgische afkomst, hoewel de ernst van deze problemen ook bij deze groep als hoog beschouwd kan worden in vergelijking met de ernst van de problemen op andere leefgebieden. Dit verschil is in belangrijke mate toe te schrijven aan de hoge composite scores op het vlak van ‘arbeid, opleiding, inkomen’ bij personen van Marokkaanse afkomst. Anderzijds blijken de psychische en emotionele problemen van de cliëntpopulatie van Belgische afkomst significant ernstiger dan deze van personen van niet-Belgische afkomst, hoewel dit eerder een klein verschil betreft. Vooral personen afkomstig uit Marokko (en in minder mate uit Frankrijk) hebben minder ernstige psychische problemen.

5.3 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

5.3.1 CONCLUSIES

Uit de analyse van de EuropASI-gegevens van de vzw De Sleutel blijkt dat deze cliëntenpopulatie voor ongeveer **20%** bestaat uit personen van niet-Belgische afkomst (zelf en/of ouders niet geboren in België). Personen afkomstig uit Marokko vormen de grootste etnisch-culturele minderheid in deze steekproef, gevolgd door cliënten geboren in één van de buurlanden (Nederland, Duitsland, Frankrijk) en Turkije.

Op **sociodemografisch vlak** blijkt de samenstelling van de populatie van Belgische en niet-Belgische afkomst duidelijk verschillend. Zo zijn druggebruikende cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden veel vaker mannen en zijn ze ook beduidend ouder dan cliënten van Belgische herkomst. Ze wonen vaker in een grote stad en leven vaker samen met partner en kinderen, in tegenstelling tot cliënten van Belgische afkomst die verhoudingsgewijs meer bij hun ouders of alleen wonen. De werkloosheidsgraad ligt significant hoger bij druggebruikende cliënten van niet-Belgische herkomst en voorafgaand aan het intakegesprek verbleven ze vaker in een gecontroleerde omgeving.

Het mag dan ook niet verwonderen dat de belangrijkste verschillen qua **ernst** van de aangemelde **problematiek** verband houden met de leefgebieden ‘arbeid, opleiding, inkomen’ en ‘justitie, politie’. Zo stellen we vaker een lager onderwijsniveau vast bij cliënten van niet-Belgische afkomst en is werk in veel mindere mate een belangrijke inkomensbron. Ook het aantal personen ten laste en het aantal cliënten met schulden ligt flink hoger bij deze cliëntengroep. Het meest opvallende verschil betreft echter de juridische status bij aanmelding en het aantal maanden detentie. Veel meer personen van niet-Belgische herkomst komen in De Sleutel terecht onder het statuut van voorwaardelijke of voorlopige invrijheidsstelling. Met name personen van Turkse en Marokkaanse afkomst zaten in het verleden gemiddeld vier keer langer in de gevangenis. Anderzijds staat veel meer cliënten van Belgische herkomst nog een zaak of straf te wachten op het moment van het intakegesprek in De Sleutel.

Wat het **middelengebruik** betreft, is de meest opvallende vaststelling dat personen van Belgische afkomst beduidend ernstigere alcoholproblemen hebben en op veel jongere leeftijd zijn beginnen drinken. Op het vlak van het gebruik van illegale middelen zijn er nauwelijks verschillen qua ernst van de problematiek. Het is vooral opvallend dat het regelmatig middelengebruik gemiddeld één jaar later start bij personen van niet-Belgische afkomst. Voor methadon ligt dit zelfs drie jaar later. Deze cliënten gebruiken bij aanmelding gemiddeld reeds langer heroïne, cocaïne en cannabis, terwijl cliënten van Belgische afkomst reeds langer antidepressiva gebruiken. Bij cliënten van niet-Belgische afkomst komen cocaïne en heroïne vaker naar voor als belangrijkste probleemmiddel, terwijl dit bij cliënten van Belgische origine vaker cannabis en amfetamines zijn. Verder kunnen er op basis van deze gegevens evenwel geen verschillen aangetoond worden tussen beide groepen op het vlak van intraveneus druggebruik en behandelingsverleden.

Een ander opmerkelijk verschil betreft de iets ernstigere **psychische problematiek** bij personen van Belgische afkomst. Zij waren reeds significant vaker ambulante in behandeling voor psychische problemen en rapporteren ook iets meer psychische problemen tijdens de 30 dagen voorafgaand aan het intakegesprek. Met name zelfmoordgedachten en problemen met agressiecontrole komen vaker voor bij personen van Belgische herkomst.

De ernst van de **lichamelijke gezondheidsproblemen** is echter groter bij personen van niet-Belgische herkomst en ook de prevalentie van Hepatitis en HIV ligt iets hoger bij deze personen.

Een zeer opvallende vaststelling over de verschillende leefgebieden heen is dat personen van niet-Belgische herkomst de mate van last en vooral de nood aan hulp beduidend hoger inschatten in vergelijking met cliënten die in België geboren zijn. Hoewel dit soms samenhangt met meer problemen op bepaalde leefgebieden (bv. lichamelijke gezondheid, arbeid-opleiding-inkomen), treffen we dit opmerkelijke verschil ook op andere leefgebieden aan waar beide groepen minder van elkaar verschillen (drugs, politie-justitie). Deze cijfers wijzen dus in de richting van een meer uitgesproken **subjectieve hulpvraag** van cliënten van niet-Belgische herkomst.

Wat **familiale en sociale relaties** betreft, kan er geen verschil aangetoond worden in de globale ernst van de problemen, maar blijken personen van niet-Belgische herkomst vaker hun vrije tijd met hun familie door te brengen en komen ook hechtere familiebanden naar voor. Deze cliënten blijken evenwel vaker ontevreden over hun leefsituatie of wijze van vrijetijdsbesteding en kunnen doorgaans ook op een minder uitgebreid netwerk van vrienden terugvallen om hen te helpen. Ten slotte blijkt een familiale geschiedenis van drug- en alcoholproblemen veel vaker aanwezig bij cliënten van Belgische herkomst, met name alcohol- en psychiatrische problemen bij moeders en alcoholproblemen bij vaders van deze cliënten.

Nadere analyse van bovenstaande bevindingen bij de onderscheiden **subgroepen** (Marokkaanse, Duitse, Nederlands, Turkse en Franse afkomst) toont aan dat de resultaten vrij gelijklopend zijn voor personen van Turkse en Marokkaanse herkomst, terwijl de subgroepen van Nederlandse, Duitse (en in minder mate Franse) herkomst veel gelijkenissen vertonen. Deze laatste drie groepen sluiten qua kenmerken over het algemeen nauwer aan bij deze van personen die in België geboren zijn. We kunnen stellen dat er vaker sprake is van een meer ongunstige uitgangssituatie bij personen van Marokkaanse en Turkse afkomst op het vlak van opleidingsniveau, werksituatie en justitieel verleden en dat men doorgaans ook minder tevreden is met de huidige leefsituatie.

Een andere opvallende vaststelling is dat vrouwen op alle onderscheiden leefgebieden (behalve justitiële problemen) bij aanmelding meer ernstige problemen ervaren dan mannen. De leeftijd van cliënten blijkt dan weer vooral een invloed te hebben op de kwaliteit van de sociale relaties en de lichamelijke en psychische gezondheid, met hogere probleemscores naarmate men ouder wordt. De significante invloed van de variabele 'etnische herkomst' op de leefgebieden 'werk' en 'psychisch welzijn' blijkt in belangrijke mate toe te schrijven aan het hoge werkloosheidspercentage en de beperkte prevalentie vna psychische problemen bij druggebruikende cliënten van Marokkaanse afkomst.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat uit deze analyse een aantal duidelijke discrepanties naar voor komen met betrekking tot de maatschappelijke en justitiële situatie van personen van cliënten van Belgische origine enerzijds en cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid anderzijds. Op het vlak van middelengebruik en zorggebruik kunnen slechts kleine verschillen (behalve de meer ernstige alcoholproblemen bij personen van Belgische herkomst) vastgesteld worden tussen beide groepen, maar deze blijken er wel te zijn met betrekking tot (het zorggebruik omwille van) psychische problemen.

We willen evenwel waarschuwen voor vergaande conclusies op basis van deze onderzoeksresultaten. De groep 'cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid' is immers relatief klein en bovendien zeer heterogeen waardoor bepaalde 'binnen groep'-verschillen mogelijk onopgemerkt blijven of ten onrechte uitvergroot worden. Bovendien is het onduidelijk of de aangetoonde verschillen tussen beide groepen ook een invloed hebben op de uitkomst van de behandeling. Hiertoe dient men te beschikken over EuropASI follow-up gegevens, maar deze waren in het kader van dit onderzoek evenwel niet beschikbaar. Dit lijkt ons echter een belangrijke focus in functie van toekomstig onderzoek.

5.3.2 CONCLUSIONS

[À INSÉRER]

HOOFDSTUK 6:

ZORGTRAJECTEN VAN ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

6.1 METHODOLOGIE

6.1.1 BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In het derde deel van dit kwantitatief onderzoeksluik proberen we verder zicht te krijgen op het zorgtraject (het type hulpverlening/behandeling en de aard van de dienst of voorziening waar deze verstrekt wordt) van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden. Hiertoe hebben we een beroep gedaan op data ter beschikking gesteld door de drie grootste **verzekeringsinstellingen**²³ in België. Deze verzekeringsinstellingen staan in voor de terugbetaling van een groot deel van de gemaakte onkosten in het kader van medische prestaties. Bijgevolg bevatten de databanken van deze verzekeringsinstellingen heel wat waardevolle informatie over de ambulante raadplegingen, de residentiële opnames en het voorgeschreven medicatiegebruik door hun leden. Voor dit onderzoeksgedeelte werd samengewerkt met de *Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)*, de *Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (LOZ)* en het *Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM)*.

Voor de **selectie** van de **onderzoeksgegevens** werd als volgt te werk gegaan: de drie verzekeringsinstellingen selecteerden volgens een verdeelsleutel bepaald op hun totale aantal leden alle personen die in de periode tussen 1 januari en 30 juni 2004 een behandeling kregen in een gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening. Het betreft meer specifiek voorzieningen met een RIZIV-conventie voor de behandeling van druggebruikers (o.a. medisch-sociale opvangcentra (MSOC), dagcentra, crisisinterventiecentra, kortdurende therapeutische programma's, therapeutische gemeenschappen). We waren genoodzaakt om bij de selectie van de steekproef te vertrekken vanuit de gespecialiseerde drughulpverlening, gezien dit de enige betrouwbare methode was om uit de beschikbare data van de verzekeringsinstellingen af te leiden dat personen in behandeling waren voor drugproblemen²⁴. Aldus werd een steekproef van 1 999 *druggebruikers* geselecteerd.

6.1.2 WERKWIJZE

De uiteindelijke doelstelling van dit onderzoeksluik was zicht te krijgen op de **zorgtrajecten** van de geselecteerde steekproef doorheen de hulpverlening. Daarom werd ervoor geopteerd om zowel het '*voortraject*' (het zorggebruik tijdens de periode voordat de persoon in kwestie geregistreerd werd in een gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening) als het '*natraject*' (van welke hulpverlening werd gebruik gemaakt nadat men geregistreerd werd in een gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening) van de steekproef in kaart te brengen. Zowel het voor- als het natraject betreffen een periode van 12 maanden:

- voortraject: 01.01.2003 – 31.12.2003
- selectieperiode: 01.01.2004 – 30.06.2004
- natraject: 01.07.2004 – 30.06.2005

Op basis van de gegevens van de verzekeringsinstellingen kunnen over volgende **aspecten van het zorgtraject** van de steekproef uitspraken gedaan worden:

- Ambulante behandelingen: aantal consultaties bij een huisarts, psychiater, of andere geneesheerspecialist; aantal prestaties inzake ambulante drughulpverlening; andere ambulante psychiatrische prestaties²⁵;
- Residentiële behandelingen: aantal dagen opname in een algemeen ziekenhuis (AZ), psychiatrisch ziekenhuis (PZ), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), in Beschut Wonen of een residentieel gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening, met telkens een indicatie van de periode waarin de opname plaatsvond, de duur van de opname en de provincie waar de betrokken voorziening gevestigd is (telkens per type opname);

²³ Verzekeringsinstellingen zijn beter gekend onder de naam 'mutualiteiten'.

²⁴ In de database van de verzekeringsinstellingen wordt geen diagnose geregistreerd. Tevens wordt bij opname in, bijvoorbeeld, een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis niet geregistreerd op welke gespecialiseerde afdeling (bv. inwendige ziekten, verslavingsafdeling) iemand behandeld wordt.

²⁵ Voor elk van deze prestaties beschikken we over een indicatie van het aantal consultaties per maand/jaar per type.

- Voorgeschreven medicatie: aantal voorschriften voor terugbetaalbare medicatie voor de behandeling van depressieve en psychotische symptomen, met een indicatie van de periode tijdens dewelke deze medicatie werd voorgeschreven.

Naast deze informatie in verband met het zorgtraject beschikken we ook over een aantal **demografische variabelen** met betrekking tot de steekproef:

- geslacht
- geboortejahr
- woonplaats: provincie
- recht op 'maximumfactuur'²⁶, als indicatie voor de sociaal-economische status van de betrokkene
- eventueel jaar en maand van overlijden.

De data van de verzekeringsinstellingen bevatten echter geen enkele indicatie van de **etnische herkomst** van de steekproef (nationaliteit noch geboorteland worden in de database geregistreerd). Hiervoor diende dus een oplossing te worden gezocht. Bovendien moest toestemming worden gevraagd aan het 'Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid' binnen de 'Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer' om deze gevoelige gegevens (naast de variabele 'etniciteit' betrof het tevens de verwerking van gezondheidsgegevens) te kunnen verwerken. Deze toestemming werd verleend (goedkeuring d.d. 08.05.07, machtiging nr. 07/020).

Op voorstel van de opdrachtgever en in navolging van eerder onderzoek (Lodewyckx et al., 2005) werd besloten om op basis van de *naam* (voor- en familienaam) van de geselecteerde steekproef een inschatting te maken van de etnische herkomst. Dit betekende uiteraard dat bijzonder zorgvuldig met de privacy van de betrokken personen diende te worden omgesprongen. Op advies van het Sectoraal Comité werden er twee volledig gescheiden lijsten opgemaakt: één lijst met een betekenisloos volgnummer gekoppeld aan de namen van de personen uit de steekproef, een tweede lijst met dezelfde betekenisloze volgnummers gekoppeld aan de hierboven beschreven variabelen. Bovendien werd uitdrukkelijk gestipuleerd dat de onderzoekster die de onderzoeksdata zou analyseren de namenlijst onder geen beding mocht te zien krijgen. Aan de namenlijst werd een code 'etnische herkomst' toegevoegd die werd gecodeerd door beëdigde vertalers, waarna de persoonsnamen uit de namenlijst werden verwijderd en de variabele 'etnische herkomst' door middel van het betekenisloos volgnummer werd gekoppeld aan de uitgebreide variabelenlijst.

Twaalf beëdigde vertalers werden verzocht om te helpen bij het bepalen van de etnische herkomst van de steekproef, zonder hen evenwel op de hoogte te brengen van de herkomst van de onderzoeksgegevens of de doelstellingen van het onderzoek. De vertalers werden bovendien verzocht een contract te ondertekenen waarin zij ermee instemden om de gegevens die zij in het kader van dit onderzoek te zien kregen onder geen enkel beding aan derden te verstrekken. Aan elke vertaler werd gevraagd naar een neutrale locatie te komen (Facultés Universitaires de Saint-Louis, 43 Boulevard du Jardin Botanique, 1000 Brussel) om daar de namenlijst te overlopen en aan te geven indien zij een persoonsnaam konden linken met een bepaalde etnische herkomst. Zij dienden hierbij ook telkens op een Likert-schaal van 1 tot 4 (categorieën: helemaal niet – een beetje – voldoende – erg zeker) aan te geven in welke mate zij zeker waren van hun antwoord.

Om redenen van haalbaarheid werd ervoor geopteerd om te werken met vertalers uit drie afgebakende **geografische gebieden**, met name de Maghreb, Oost-Europa en Turkije. Per gebied werden telkens drie vertalers aangesproken om aldus een extra controlemechanisme in te bouwen. Wat Oost-Europa betreft werd ervoor geopteerd om vertalers te kiezen afkomstig uit drie verschillende landen (in casu één vertaler van Russische, één van Bulgaarse en één van Poolse afkomst), teneinde de diversiteit aan taal- en etnische groepen in dit gebied zoveel mogelijk te vatten. Naast deze negen vertalers werden ook nog twee Nederlandstalige en één Franstalige persoon van Belgische afkomst verzocht de namenlijst te beoordelen.

Bij de uiteindelijke toekenning van de etnische herkomst van de analyse-eenheden werd enkel rekening gehouden met de aanduidingen van de vertalers waarbij ze aangaven 'voldoende' of 'helemaal zeker' te zijn. Indien men 'helemaal niet' of 'slechts een beetje' zeker bleek te zijn van deze inschatting, werd deze niet als dusdanig gecodeerd.

Indien de betrokken vertalers éénzelfde persoon een verschillende etnische herkomst toewezen, gaf de keuze van de meerderheid de doorslag ($n = 27$). Indien dit niet mogelijk bleek (etnische afkomst slechts gecodeerd door twee vertalers, die beiden een verschillende herkomst aanduiden), werd de inschatting van de vertalers zoveel mogelijk teruggebracht naar een bepaald gebied van herkomst. Zo werd bijvoorbeeld een aantal persoonsnamen

²⁶ De maximumfactuur is een tegemoetkoming aan gezinnen om de jaarlijkse medische kosten beperkt te houden, afhankelijk van het gezinsinkomen. Eens een bepaald plafond overschreden, worden medische kosten integraal terugbetaald aan deze gezinnen.

($n = 46$) door de ene vertaler als van Tunesische afkomst en door een andere als van Marokkaanse afkomst bestempeld; voor al deze personen werd als gebied van herkomst ‘Noord-Afrika’ aangegeven.

Wat de groep personen betreft bij wie aangeduid werd dat zij van Belgische herkomst zijn, kan enkel gesteld worden dat zij afkomstig zijn uit België of één van de buurlanden. Het is immers niet altijd mogelijk om op basis van iemands naam te bepalen of hij/zij bijvoorbeeld afkomstig is uit Nederlandstalig België dan wel uit Nederland of uit Franstalig België dan wel uit Frankrijk.

Gezien bepaalde persoonsnamen dus niet eenduidig in verband te brengen zijn met één etnische herkomst of voor- en familienaam niet altijd in de richting van dezelfde etnische afkomst wijzen, impliceert de hiervoor beschreven werkwijze dat sommige persoonsnamen in eerste instantie niet toegewezen konden worden aan een bepaalde etnische herkomst. Teneinde een indicatie te hebben van de etnische herkomst van deze personen werd gebruik gemaakt van de gegevensbanken ‘familienaam.be’ en ‘geneanet.org’, die informatie verschaffen over respectievelijk de prevalentie van bepaalde familienamen en de herkomst ervan. Aldus kon de etnische herkomst van nog eens 199 personen bepaald worden. Uiteindelijk kon van 73 personen de etnische herkomst niet achterhaald worden en deze analyse-eenheden werden bijgevolg buiten beschouwing gelaten.

Het aantal ontbrekende gegevens met betrekking tot de etnische afkomst is evenwel niet altijd even groot, gezien er vijf verschillende variabelen²⁷ gecreëerd werden die een inschatting geven van de etnische herkomst van de steekproef en de ene variabele een veel preciezere indicatie geeft van iemands herkomst dan de andere. In bepaalde twijfelgevallen kon immers op basis van naam en voornaam besloten worden dat iemand niet van Belgische herkomst was, maar kon noch de geboortestreek, laat staan het geboorteland exact bepaald worden. Bij de bespreking van de onderzoeksresultaten dient dan ook met een zekere foutenmarge rekening gehouden te worden, gezien geen eenduidige objectieve indicator voorhanden was voor het bepalen van de etnische herkomst, voor zover deze al zou bestaan.

Uiteindelijk verkregen we op basis van de hierboven beschreven werkwijze een indicatie van de etnische herkomst van een representatieve steekproef van druggebruikers die tijdens een bepaalde periode een beroep deden op de drughulpverlening. Aldus kunnen de karakteristieken en het zorggebruik van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheidsgroep vergeleken worden met die van een vergelijkingsgroep van druggebruikers van Belgische afkomst.

6.1.3 DATA-ANALYSE

Vooreerst wordt gerapporteerd over enkele algemene karakteristieken en het zorggebruik van de geselecteerde steekproef. Gezien het de bedoeling is van dit onderzoek om verschillen na te gaan tussen personen van Belgische origine²⁸ en personen behorend tot een etnisch-culturele minderheid, wordt deze tweedeling in eerste instantie als uitgangspunt genomen van het zoeken naar mogelijke verschillen. Vervolgens wordt de heterogene populatie van ‘niet-Belgische herkomst’ nader opgesplitst in vier subgroepen (personen van Maghrebijnse, Zuid-Europese, Oost-Europese en Turkse afkomst), die op hun beurt vergeleken worden met betrekking tot voornoemde karakteristieken met personen afkomstig uit België of één van de buurlanden.

Naast beschrijvende statistiek wordt in functie van deze analyses gebruik gemaakt van χ^2 - en t-toetsen voor de vergelijking van verschillen tussen twee groepen, voor respectievelijk niet-continue en continue variabelen. Voor de vergelijking van verschillen tussen meer dan twee groepen wordt gebruik gemaakt van χ^2 -toetsen en van ANOVA-variantieanalyses, voor respectievelijk niet-continue en continue variabelen. We maken hierbij gebruik van het statistisch softwarepakket SPSS 12.0.

6.2 RESULTATEN

6.2.1 BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

De geselecteerde steekproef bestaat voor 76.8% uit mannen ($n = 1\ 535$) en voor 22.2% uit vrouwen ($n = 444$). De gemiddelde **leeftijd** bedraagt 31.9 jaar ($SD = 8.808$); de jongste cliënt was op het moment van de steekproeftrekking 14 jaar oud, de oudste 66 jaar. De meeste van deze druggebruikers hebben hun **verblijfplaats** in de provincies West-Vlaanderen (18.2%), Antwerpen (14.6%), Henegouwen (13.1%) en Oost-Vlaanderen (13.1%) of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (12.9%).

²⁷ Het betreft met name: ‘Belgische vs. niet-Belgische herkomst’, ‘taalgroep van herkomst’, ‘land van herkomst’, ‘gebied van herkomst’ en ‘continent van herkomst’.

²⁸ We benadrukken hier nogmaals dat wanneer we spreken over “Belgische etnische herkomst” dit betekent dat het gaat om mensen uit België, Frankrijk, Nederland of Duitsland.

Ruim een kwart van de steekproef (27.7%) had in het jaar voorafgaand aan hun behandeling omwille van middelengerelateerde problemen (2003) recht op de maximumfactuur. Iets meer dan 1% van de geselecteerde personen (1.2%) bleek op 31 december 2005 **overleden**.

Aan de hand van de hierboven beschreven procedure voor het beoordelen van de etnische herkomst op basis van de naam en voornaam kon worden afgeleid dat bijna 4/5 van de steekproef van Belgische afkomst ($n = 1573$; 78.7%) is, tegenover 20.8% van niet-Belgische herkomst ($n = 416$). Uiteindelijk kon bij 10 personen (0.5%) op basis van hun voor- en familenaam niet uitgemaakt worden of ze van Belgische dan wel van niet-Belgische etnische herkomst zijn.

Nadere analyse van het land van herkomst bevestigt dat het overgrote gedeelte van de steekproef (78.3%) uit België of één van de buurlanden (vooral Frankrijk en Nederland) afkomstig is (cf. tabel 6.1). Personen behorend tot een etnische minderheid blijken voornamelijk afkomstig uit Marokko (4.4%), Italië (3.8%) en Turkije (2.4%). Daarnaast werd een vrij grote groep personen van Noord-Afrikaanse afkomst geïdentificeerd, van wie de vertalers evenwel niet met zekerheid konden bepalen of Tunesië dan wel Marokko het land van herkomst was. Voor het overige treffen we personen aan van heel uiteenlopende etnische afkomst, met Spanje, Portugal en Tunesië als vaakst geregistreerde landen. In 73 gevallen (3.7%) kon het land van herkomst evenwel niet bepaald worden of bestond er geen overeenstemming tussen de codeurs.

Land van herkomst	Frequentie	Percentage
België (incl. Nederland, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg)	1566	78.3
Marokko	88	4.4
Italië	75	3.8
Turkije	48	2.4
Noord-Afrika (land niet nader gespecificeerd)	35	1.8
Tunesië	18	0.9
Spanje	17	0.9
Portugal	11	0.6
Ex-Joegoslavië	8	0.5
Ex-Sovjetunie (land niet nader gespecificeerd)	8	0.5
Griekenland	7	0.4
West-Europa (land niet nader gespecificeerd)	5	0.3
Armenië	4	0.2
Congo	4	0.2
Georgië	4	0.2
Albanië	3	0.2
Algerije	3	0.2
Groot-Brittannië	3	0.2
Polen	3	0.2
Balkan (land niet nader gespecificeerd)	2	0.1
Libanon	2	0.1
Verenigde Staten	2	0.1
Azerbeidzjan	1	0.1
Brazilië	1	0.1
Bulgarije	1	0.1
Egypte	1	0.1
Iran	1	0.1
Noorwegen	1	0.1
Pakistan	1	0.1
Saoedi-Arabië	1	0.1
Syrië	1	0.1
Tsjechië	1	0.1
Onbekend	73	3.7

Tabel 6.1: Overzicht van het gecodeerde land van herkomst bij de geselecteerde steekproef ($n = 1\ 999$).

Gezien de moeilijkheid om het exacte land van herkomst te bepalen op basis van de naam en de heel uiteenlopende herkomst van personen in de steekproef, werd een bijkomende variabele 'gebied van herkomst' aangemaakt. Hieruit blijkt dat 79.2% van de steekproef van West-Europese origine is (cf. tabel 6.2). Personen van Noord-Afrikaanse (7.5%) en Zuid-Europese (6.6%) afkomst vormen de grootste etnische minderheidsgroepen in de steekproef, gevolgd door personen van Oost-Europese (2.4%) en Turkse afkomst (2.4%). In 25 gevallen kon het gebied van herkomst niet (met zekerheid) bepaald worden.

Gebied van herkomst	Frequentie	Percentage
West-Europa	1582	79.2
Noord-Afrika	150	7.5
Zuid-Europa	132	6.6
Turkije	48	2.4
Oost-Europa	47	2.4
Zuid-Amerika	6	0.3
Midden-Oosten	5	0.3
Centraal-Afrika	4	0.2
Onbekend	25	1.3

Tabel 6.2.: Overzicht van de etnische afkomst van de steekproef ($n = 1\ 999$) op basis van het gecodeerde gebied van herkomst.

Tijdens de referentieperiode (1 januari – 30 juni 2004) deden 1 714 (85.7%) van de geselecteerde druggebruikers een beroep op een **ambulant** centrum voor *gespecialiseerde drughulpverlening* en dit gemiddeld gedurende 3.67 (SD = 1.936) maanden. Tijdens de 12 maanden voorafgaand aan de selectieperiode kwam 62.6% van de steekproef in contact met dergelijk centrum, terwijl 66.9% dit deed tijdens de daaropvolgende 12 maanden. Beduidend minder personen ($n = 386$; 19.3%) waren tijdens de referentieperiode opgenomen in een **residentieel revalidatiecentrum voor druggebruikers**. De gemiddelde verblijfsduur bedroeg 45.13 (SD = 75.555) dagen. Gedurende de hieraan voorafgaande 12 maanden was 13.4% residentieel opgenomen, tegenover 12.6% tijdens de daaropvolgende 12 maanden.

6.2.2 VERGELIJKING VAN DE ZORGCONSUMPTIE BIJ DRUGGEBRUIKERS VAN BELGISCHE EN NIET-BELGISCHE AFKOMST²⁹

Zoals reeds eerder aangetoond blijkt er een significant geslachts- en leeftijdsverschil tussen druggebruikers van Belgische en van niet-Belgische afkomst: laatstgenoemde groep telt maar half zoveel vrouwen en is bovendien gemiddeld bijna vier jaar ouder (cf. tabel 6.3). Tevens wordt een groot verschil duidelijk tussen beide groepen qua inkomens- en financiële situatie, gezien beduidend meer personen van niet-Belgische afkomst (33.1% vs. 26.6%) in 2003 recht hadden op de maximumfactuur, een financiële beschermingsmaatregel om de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een bepaald maximumbedrag te beperken. Ten slotte valt een significant verschil op met betrekking tot de verblijfplaats van personen van niet-Belgische afkomst, die beduidend vaker in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (40.2%) en de provincies Henegouwen (32.5%), Waals-Brabant (27.3%), Limburg (20.5%) en Antwerpen (20.1%) wonen.

Wat het **ambulant zorggebruik** betreft van druggebruikers van Belgische en van niet-Belgische afkomst blijkt vooreerst dat beduidend minder personen van Belgische afkomst (84.7 vs. 89.7%) tijdens de selectieperiode een beroep deden op een *ambulante dienst voor gespecialiseerde drughulpverlening* (cf. tabel 6.4). Ook tijdens het voor- en natraject van de steekproef is dit een opvallend verschil gebleken. Bovendien wordt duidelijk dat deze ambulante behandeling gemiddeld over een langere periode loopt bij personen van niet-Belgische afkomst, wat met name opvalt tijdens de referentieperiode en het natraject.

²⁹ In dit gedeelte worden de 1 573 personen van Belgische afkomst (incl. de buurlanden) vergeleken met de 416 personen die – op basis van hun naam – als personen van niet-Belgische afkomst beschouwd worden.

ETNISCHE HERKOMST							
	België (<i>n</i> = 1573)	Andere (<i>n</i> = 416)	Belgische (<i>n</i> = 1566)	Maghrebijnse (<i>n</i> = 145)	Oost-Europese (<i>n</i> = 35)	Turkse (<i>n</i> = 48)	Zuid-Europese (<i>n</i> = 110)
Geslacht	$(\chi^2 = 10.422; df = 1; p = 0.001)$		$(\chi^2 = 16.892; df = 4; p = 0.002)$				
Man	1188 (76.2%)	342 (83.6%)	1181 (76.0%)	126 (88.7%)	25 (73.5%)	43 (89.6%)	88 (80.0%)
Vrouw	375 (23.8%)	67 (16.4%)	372 (24.0%)	16 (11.3%)	9 (26.5%)	5 (10.4%)	22 (20.0%)
Leeftijd	$(t = -8.560; df = 743.266; p = 0.000)$		$(F = 11.900; df = 4; p = 0.000)$				
Gemiddelde leeftijd (jaren) (SD)	30.32 (8.957)	34.04 (7.497)	30.34 (8.966)	33.93 (7.599)	35.44 (0.381)	33.33 (5.424)	33.65 (6.363)
Maximumfactuur	$(\chi^2 = 6.781; df = 1; p = 0.009)$		$(\chi^2 = 18.935; df = 4; p = 0.001)$				
Recht op maximumfactuur	414 (26.6%)	135 (33.1%)	413 (26.6%)	54 (38.3%)	15 (41.4%)	6 (12.5%)	31 (28.2%)
Geen recht op maximumfactuur	1143 (73.4%)	273 (66.9%)	1137 (73.4%)	87 (61.7%)	19 (55.9%)	42 (87.5%)	79 (71.8%)
Woonplaats³⁰	$(\chi^2 = 134.775; df = 10; p = 0.000)$						
Antwerpen	223 (79.9%)	56 (20.1%)	222 (14.8%)	30 (21.7%)	5 (16.1%)	3 (6.5%)	9 (8.4%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	147 (59.8%)	99 (40.2%)	147 (9.8%)	45 (32.6%)	9 (29.0%)	5 (10.9%)	23 (21.5%)
Henegouwen	168 (67.5%)	81 (32.5%)	168 (11.2%)	16 (11.6%)	3 (9.7%)	7 (15.2%)	39 (36.4%)
Limburg	159 (79.5%)	41 (20.5%)	157 (10.5%)	5 (3.6%)	3 (9.7%)	10 (21.7%)	15 (14.0%)
Luik	113 (80.7%)	27 (19.3%)	112 (7.5%)	15 (10.9%)	1 (3.2%)	1 (2.2%)	4 (3.7%)
Luxemburg	11 (100%)	0	11 (0.7%)	0	0	0	0
Namen	19 (90.5%)	2 (9.5%)	19 (1.3%)	0	1 (3.2%)	0	1 (0.9%)
Oost-Vlaanderen	203 (81.5%)	46 (18.5%)	202 (13.5%)	14 (10.1%)	1 (3.2%)	16 (34.8%)	9 (8.4%)
Vlaams-Brabant	132 (89.2%)	16 (10.8%)	131 (8.7%)	5 (3.6%)	4 (12.9%)	0	1 (0.9%)
Waals-Brabant	8 (72.7%)	3 (27.3%)	8 (0.5%)	1 (0.7%)	0	0	2 (1.9%)
West-Vlaanderen	324 (93.4%)	23 (6.6%)	324 (21.6%)	7 (5.1%)	4 (12.9%)	4 (8.7%)	4 (3.7%)

Tabel 6.3: Socio-demografische gegevens van druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst (*n* = 1 999), nader gespecificeerd volgens gebied van herkomst.

³⁰ χ^2 - waarde voor de vijf groepen kon niet berekend worden wegens het grote aantal (bijna) lege cellen in de kruistabel.

Beduidend meer druggebruikers van Belgische afkomst consulteren echter een *huisarts*: tijdens de drie onderzoeksperiodes gingen significant meer personen van Belgische afkomst op consultatie bij een huisarts, maar de gemiddelde duur van de periode waarin deze consultaties plaatsvonden bleek niet betekenisvol te verschillen tussen beide groepen. Ook qua frequentie van deze raadplegingen kon geen verschil vastgesteld worden tussen beide groepen.

Het aantal personen dat een beroep doet op een *privé-psychiater* bleek niet te verschillen, behalve tijdens de 12 maanden volgend op de selectieperiode toen beduidend meer personen van Belgische origine (21.5% vs. 14.7%) een psychiater consulteerden. Het is evenwel opvallend dat de periode waarin deze consultaties gebeurden significant langer duurde in vergelijking met deze bij druggebruikers van niet-Belgische herkomst. Bovendien lag de frequentie van deze consultaties een stuk hoger bij personen van Belgische afkomst tijdens de drie onderzoeksperiodes (resp. 5.7 vs. 3.6; 4.2 vs. 3; 5.7 vs. 3.5). Dit verschil bleek zowel significant tijdens de 12 maanden voorafgaand aan de selectieperiode ($t = -2.87$; $df = 250$; $p = 0.005$), als tijdens de daaropvolgende 12 maanden ($t = -2.79$; $df = 254$; $p = 0.006$)

Vergelijkbare verschillen tussen beide groepen qua zorgconsumptie konden niet vastgesteld worden met betrekking tot het consulteren van *andere genesheer-specialisten*.

Wat het **residentieel zorggebruik** betreft blijken significant meer druggebruikers van Belgische herkomst een beroep te doen op gespecialiseerde voorzieningen *voor de behandeling van druggebruikers* (cf. tabel 6.5). De opnameduur is evenwel niet verschillend tussen beide groepen.

Ook de opnameduur in PAAZ-diensten³¹ en psychiatrisch ziekenhuizen verschilt nauwelijks tussen druggebruikers van Belgische en niet-Belgische afkomst, hoewel significant meer personen uit eerstgenoemde groep tijdens de selectieperiode opgenomen werden in een psychiatrische voorziening. Er dient echter opgemerkt te worden dat dit al bij al kleine verschillen betreft, respectievelijk 8.6% versus 5.3% en 10.6% versus 7.2%. Dergelijke verschillen konden niet vastgesteld worden tijdens het voor- en natraject van de onderzochte steekproef.

Ten slotte konden geen verschillen nagegaan worden met betrekking tot *beschut wonen* en opnames in *psychiatrische verzorgingstehuizen* gezien het geringe aantal personen uit de steekproef dat op deze zorgvormen een beroep deed.

Tot slot komt een aantal markante verschillen naar voor tussen druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst met betrekking tot het voorschrijfgedrag van **psychotrope medicatie** (cf. tabel 6.6). Veel meer personen van Belgische herkomst kregen tijdens de drie onderzoeksperiodes antidepressiva en neuroleptica voorgeschreven, maar dit verschil bleek enkel tijdens de referentieperiode significant voor beide producten (21.7 vs. 4.4% en 14.4 vs. 2.8%). Het aantal keren dat men antidepressiva voorgeschreven kreeg verschilde wel significant tussen beide groepen tijdens de drie onderzoeksperiodes, maar dergelijk verschil kon niet aangetoond worden voor neuroleptica.

6.2.3 VERGELIJKING VAN ZORGCONSUMPTIE BIJ DRUGGEBRUIKERS OP BASIS VAN HET GEBIED VAN HERKOMST³²

Nadere analyse van de **geslachtsverschillen** tussen druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst wijst erop dat vrouwelijke druggebruikers die een beroep doen op de hulpverlening vooral ondervertegenwoordigd zijn in de cliëntengroep van Maghrebijnse en Turkse herkomst (cf. tabel 6.3). Tevens blijkt een significant **leeftijd**verschil tussen de verschillende etnische groepen. Elk van de onderscheiden groepen blijkt gemiddeld minstens drie jaar ouder dan de druggebruikers van Belgische afkomst, waarbij vooral de hoge gemiddelde leeftijd van personen van Oost-Europese herkomst (35.4 jaar) opvallend is. In vergelijking met andere etnische groepen hebben vooral druggebruikers van Oost-Europese (41.4%) en Maghrebijnse herkomst recht op de maximumfactuur, wat wijst op de meer precaire **financiële situatie** van beide groepen.

Verhoudingsgewijs **wonen** significant meer druggebruikers behorend tot een etnische minderheidsgroep in bepaalde provincies/gewesten. Zo blijken heel wat personen met een verblijfplaats in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van Maghrebijnse of Zuid-Europese herkomst, wat ook in Waals-Brabant het geval is (cf. tabel 6.3). Relatief veel druggebruikers die in Henegouwen wonen, zijn van Zuid-Europese herkomst en – in mindere mate – van Maghrebijnse herkomst, terwijl het in de provincie Luik vooral personen van Maghrebijnse herkomst betreft. Van de geregistreerde cliënten die woonachtig zijn in de provincie Antwerpen is 11.2% van Maghrebijnse herkomst, terwijl de grootste cliëntengroep met een verblijfplaats in de provincie Oost-Vlaanderen

³¹ PAAZ-dienst = Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

³² Voor de analyses in dit gedeelte werden enkel de data betrokken van personen afkomstig uit volgende, vaak voorkomende gebieden van herkomst: België of één van de buurlanden ($n = 1566$; 78.3%), Maghreb-landen ($n = 145$; 7.3%), Zuid-Europa ($n = 110$; 5.5%), Turkije ($n = 48$; 2.4%) en Oost-Europa ($n = 35$; 1.8%) (cf. tabel 6.2).

van Turkse herkomst is. In de provincie Limburg betreft het vooral personen van Zuid-Europese en Turkse herkomst. De grootste groep Oost-Europese cliënten werd geregistreerd in de provincie Namen (4.8%). Van de personen woonachtig in de provincies Luxemburg (0%), West-Vlaanderen (5.5%) en Vlaams-Brabant (7.1%) is minder dan 10% afkomstig uit een ander gebied. Deze spreiding van druggebruikers behorend tot minderheidsgroepen over de verschillende provincies en gewesten vertoont opvallende gelijkenissen met de globale spreiding van minderheidsgroepen over het Belgische grondgebied, wat een indicatie is van de betrouwbaarheid van het gebruikte criterium (naam) voor de inschatting van de etnische herkomst.

Uit tabel 6.4 blijkt dat er vooral significant minder personen van Belgische en Zuid-Europese afkomst tijdens de referentieperiode en de 12 maanden daaraan voorafgaand een beroep deden op **ambulante revalidatiecentra voor druggebruikers**. Dit verschil kon evenwel niet meer vastgesteld worden tijdens het natraject, waaruit bovendien bleek dat van alle etnische groepen het meeste druggebruikers van Zuid-Europese afkomst tijdens die periode nog een beroep deden op de ambulante gespecialiseerde drughulpverlening en ze gemiddeld langer in behandeling waren. Over het algemeen blijken vooral druggebruikers van Turkse en Oost-Europese afkomst gebruik te maken van deze vorm van hulpverlening en laatstgenoemde groep blijkt dit gemiddeld het langste (in aantal maanden) te doen.

Druggebruikers van Belgische herkomst doen significant vaker een beroep op een **huisarts**, met name in vergelijking met personen van Maghrebijnse en – in mindere mate – Zuid-Europese herkomst. Tijdens het natraject deden opvallend weinig druggebruikers van Oost-Europese herkomst een beroep op een huisarts. Bij personen van Turkse afkomst ligt het aantal personen dat een huisarts consulteerde tijdens het voor- en natraject ongeveer op hetzelfde niveau als dat van personen van Belgische afkomst, maar dit was niet het geval tijdens de referentieperiode. Wat de duur van de periode betreft waarin deze consultaties plaatsvonden, konden echter geen verschillen vastgesteld worden tussen de onderscheiden groepen.

Wat het aantal contacten met een privé-**psychiater** betreft kunnen geen verschillen vastgesteld worden tussen de onderscheiden cliëntgroepen en vinden we enkel een significant verschil met betrekking tot het aantal personen dat een beroep deed op een psychiater tijdens het natraject, met name tussen personen van Belgische en Oost-Europese afkomst. Hoewel er op dit vlak geen eenduidig beeld naar voor komt, blijken meer druggebruikers van Belgische afkomst een psychiater te raadplegen, gevolgd door druggebruikers van Zuid-Europese herkomst, terwijl dit het minst gebeurt door personen van Oost-Europese afkomst.

De onderscheiden etnische groepen doen in dezelfde mate een beroep op andere **geneesheer-specialisten**, maar de gemiddelde duur van de periode waarin waarover deze contacten lopen ligt beduidend hoger bij druggebruikers van Zuid- en Oost-Europese afkomst, terwijl dit een stuk lager ligt bij personen van Turkse afkomst.

Uit de vergelijkende analyse van het residentieel zorggebruik van de onderscheiden cliëntgroepen komt een complementair beeld naar voor, waaruit vooral blijkt dat tijdens de drie onderzoeksperioden significant meer druggebruikers van Belgische, Maghrebijnse en Zuid-Europese afkomst opgenomen waren in **residentiële revalidatiecentra voor druggebruikers** (cf. tabel 6.5). De kleine verschillen die tussen personen van Belgische en niet-Belgische afkomst gevonden werden met betrekking tot het zorggebruik in **PAAZ-diensten** en **psychiatrische ziekenhuizen** bleken verdwenen bij nadere vergelijking van de vijf onderscheiden etnische groepen. Tevens konden geen betekenisvolle verschillen tussen groepen geconstateerd worden qua opnameduur.

Ook de vastgestelde verschillen inzake het voorschrijven van **psychotrope medicatie** tussen personen van Belgische en niet-Belgische herkomst bleken niet langer aanwezig indien vergeleken wordt tussen vijf etnische groepen (cf. tabel 6.6). Er komt allesbehalve een eenduidig beeld naar voor met betrekking tot het voorschrijven van **antidepressiva**, behalve dat dit geneesmiddel aan meer personen van Belgische afkomst voorgeschreven wordt, zij het niet frequenter.

Anderzijds blijkt wel een significant verschil met betrekking tot het voorschrijven van **neuroleptica** tijdens de selectieperiode: beduidend minder personen van Oost- of Zuid-Europese afkomst kregen dit middel voorgeschreven, maar anderzijds lag het gemiddeld aantal voorschriften voor dergelijke medicatie juist het hoogst bij beide cliëntengroepen. Dit kan er op wijzen dat dit middel bij personen van Zuid- en Oost-Europese afkomst enkel in geval van ernstige psychotische symptomen voorgeschreven wordt.

Hoofdstuk 6: Zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden

	België (n = 1573)	Andere (n = 416)	Belgische (n = 1566)	Maghrebijnse (n = 145)	Oost-Europese (n = 35)	Turkse (n = 48)	Zuid-Europese (n = 110)
I. Gespecialiseerde drughulp							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 18.747; df = 1; p = 0.000)$		$(\chi^2 = 23.016; df = 4; p = 0.000)$				
Ja	941 (59.8%)	297 (71.4%)	963 (59.8%)	106 (73.1%)	25 (71.4%)	36 (75.0%)	28 (25.5%)
Nee	632 (40.2%)	119 (28.6%)	630 (40.2%)	39 (26.9%)	10 (28.6%)	12 (25.0%)	82 (74.5%)
<i>Begeleidingsduur</i>	$(t = -1.351; df = 1236; p = 0.177)$		$(F = 0.835; df = 4,1180; p = 0.503)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	6.94 (3.862)	7.29 (3.741)	6.95 (3.865)	6.92 (3.951)	7.00 (3.640)	6.83 (3.402)	7.74 (3.761)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 6.528; df = 1; p = 0.011)$		$(\chi^2 = 14.271; df = 4; p = 0.006)$				
Ja	1333 (84.7%)	373 (89.7%)	1327 (84.7%)	132 (91.0%)	34 (97.1%)	47 (97.9%)	95 (86.4%)
Nee	240 (15.3%)	43 (10.3%)	239 (15.3%)	13 (9.0%)	1 (2.9%)	1 (2.1%)	15 (13.6%)
<i>Begeleidingsduur</i>	$(t = -3.630; df = 618.392; p = 0.000)$		$(F = 4.559; df = 4,1630; p = 0.001)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	3.58 (1.949)	3.98 (1.864)	3.58 (1.947)	3.74 (1.889)	4.21 (1.822)	4.02 (1.836)	4.33 (1.824)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 4.166; df = 1; p = 0.041)$		$(\chi^2 = 6.537; df = 4; p = 0.162)$				
Ja	1036 (65.9%)	296 (71.2%)	1033 (66.0%)	100 (69.0%)	26 (74.3%)	34 (70.8%)	84 (76.4%)
Nee	537 (34.1%)	120 (28.8%)	533 (34.0%)	45 (31.0%)	9 (25.7%)	14 (29.2%)	26 (23.6%)
<i>Begeleidingsduur</i>	$(t = -4.381; df = 1325; p = 0.000)$		$(F = 6.880; df = 4,1267; p = 0.000)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	6.70 (3.884)	7.82 (3.765)	6.70 (3.886)	7.23 (3.886)	9.27 (3.067)	6.71 (3.730)	8.48 (3.579)
II. Huisarts							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 22.102; df = 1; p = 0.000)$		$(\chi^2 = 28.882; df = 4; p = 0.000)$				
Ja	1078 (68.3%)	234 (56.3%)	1073 (68.5%)	72 (49.7%)	21 (60.0%)	33 (68.8%)	60 (54.5%)
Nee	495 (31.5%)	182 (43.8%)	493 (31.5%)	73 (50.3%)	14 (40.0%)	15 (31.3%)	50 (45.5%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 0.996; df = 1310; p = 0.319)$		$(F = 0.806; df = 4,1254; p = 0.521)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	3.78 (2.761)	3.58 (2.782)	3.78 (2.765)	3.90 (2.980)	3.48 (2.926)	3.79 (2.666)	3.17 (2.592)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 10.202; df = 1; p = 0.001)$		$(\chi^2 = 10.978; df = 4; p = 0.027)$				
Ja	853 (54.2%)	189 (45.4%)	846 (54.0%)	61 (42.1%)	18 (51.4%)	23 (47.9%)	49 (44.5%)
Nee	720 (45.8%)	227 (54.6%)	720 (46.0%)	17 (48.6%)	17 (48.6%)	25 (52.1%)	61 (55.5%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 1.220; df = 1037; p = 0.223)$		$(F = 0.903; df = 4,989; p = 0.461)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	2.41 (1.488)	2.26 (1.534)	2.42 (1.491)	2.21 (1.572)	1.82 (1.334)	2.35 (1.465)	2.35 (1.508)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 14.670; df = 1; p = 0.000)$		$(\chi^2 = 15.185; df = 4; p = 0.004)$				
Ja	1044 (66.4%)	234 (56.3%)	1039 (66.3%)	79 (6.4%)	17 (48.6%)	32 (66.7%)	63 (57.3%)
Nee	529 (33.6%)	182 (43.8%)	527 (33.7%)	66 (45.5%)	18 (51.4%)	16 (33.3%)	47 (42.7%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 0.877; df = 1270; p = 0.381)$		$(F = 1.314; df = 4,1219; p = 0.263)$				

Gemiddeld aantal maanden (SD)	4.07 (3.018)	3.88 (3.332)	4.07 (3.020)	3.90 (3.514)	2.94 (2.514)	3.13 (3.098)	4.05 (3.175)
III. Privé-psiater							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.127; df = 1; p = 0.722)$		$(\chi^2 = 0.333; df = 4; p = 0.988)$				
Ja	357 (22.7%)	91 (21.9%)	356 (22.7%)	34 (23.4%)	7 (20.0%)	10 (20.8%)	24 (21.8%)
Nee	1216 (77.3%)	325 (78.1%)	1210 (77.3%)	111 (76.6%)	28 (80.0%)	38 (79.2%)	86 (78.2%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 2.364; df = 185.492; p = 0.019)$		$(F = 1.699; df = 4,426; p = 0.149)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	3.15 (2.988)	2.42 (2.561)	3.16 (2.990)	2.15 (2.002)	2.29 (2.563)	2.50 (3.408)	2.17 (2.057)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 2.235; df = 1; p = 0.135)$		$(\chi^2 = 6.519; df = 4; p = 0.164)$				
Ja	255 (16.2%)	55 (13.2%)	255 (16.3%)	25 (17.2%)	2 (5.7%)	4 (8.3%)	13 (11.8%)
Nee	1318 (83.8%)	361 (86.8%)	1311 (83.7%)	120 (82.8%)	33 (94.3%)	44 (91.7%)	97 (88.2%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 1.920; df = 303; p = 0.056)$		$(F = 0.856; df = 4,289; p = 0.491)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	2.14 (1.492)	1.73 (1.193)	2.14 (1.492)	1.88 (1.329)	1.00 (0.000)	1.75 (1.500)	4.64 (1.216)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 9.554; df = 1; p = 0.002)$		$(\chi^2 = 10.105; df = 4; p = 0.039)$				
Ja	338 (21.5%)	61 (14.7%)	337 (21.5%)	20 (13.8%)	3 (8.6%)	6 (12.5%)	21 (19.1%)
Nee	1235 (78.5%)	355 (85.3%)	1229 (78.5%)	125 (86.2%)	32 (91.4%)	42 (87.5%)	89 (80.9%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 1.996; df = 107.736; p = 0.049)$		$(F = 0.656; df = 4,380; p = 0.623)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	3.10 (3.006)	2.45 (2.158)	3.10 (3.010)	2.90 (3.024)	1.00	2.67 (2.251)	2.43 (1.660)
IV. Andere geneesheer-specialist							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 1.951; df = 1; p = 0.162)$		$(\chi^2 = 6.425; df = 4; p = 0.170)$				
Ja	722 (45.9%)	175 (41.2%)	719 (45.9%)	58 (40.0%)	15 (42.9%)	15 (31.3%)	54 (49.1%)
Nee	851 (54.1%)	241 (57.9%)	847 (54.1%)	87 (60.0%)	20 (57.1%)	33 (68.8%)	56 (50.9%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = 0.322; df = 895; p = 0.748)$		$(F = 0.264; 4,856; p = 0.901)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	2.32 (1.871)	2.27 (1.726)	2.32 (1.871)	2.17 (1.666)	2.47 (1.642)	2.07 (1.580)	2.46 (1.969)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.089; df = 1; p = 0.765)$		$(\chi^2 = 7.863; df = 4; p = 0.097)$				
Ja	477 (30.3%)	123 (29.6%)	475 (30.3%)	39 (26.9%)	17 (48.6%)	11 (22.9%)	36 (32.7%)
Nee	1096 (67.7%)	293 (70.4%)	1091 (69.7%)	106 (73.1%)	18 (51.4%)	37 (77.1%)	74 (67.3%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = -0.980; df = 594; p = 0.328)$		$(F = 2.199; df = 4,570; p = 0.068)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	1.69 (1.063)	1.79 (1.008)	1.69 (1.065)	1.64 (0.873)	1.59 (0.795)	1.45 (0.522)	2.20 (1.279)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.016; df = 1; p = 0.900)$		$(\chi^2 = 2.748; df = 4; p = 0.601)$				
Ja	713 (45.3%)	190 (45.7%)	711 (45.4%)	64 (44.1%)	18 (51.4%)	18 (37.5%)	55 (50.0%)
Nee	860 (54.7%)	226 (54.3%)	855 (54.6%)	81 (55.9%)	17 (48.6%)	30 (62.5%)	55 (50.0%)
<i>Periode (gespreid over)</i>	$(t = -1.021; df = 878; p = 0.307)$		$(F = 2.647; df = 4,838; p = 0.032)$				
Gemiddeld aantal maanden (SD)	2.35 (1.836)	2.51 (2.101)	2.35 (1.838)	2.44 (1.962)	3.00 (2.098)	1.50 (1.043)	2.94 (2.484)

Tabel 6.4: Ambulant zorggebruik van druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst ($n = 1\ 999$) nader gespecificeerd volgens gebied van herkomst.

	België ($n = 1573$)	Andere ($n = 416$)	Belgische ($n = 1566$)	Maghrebijnse ($n = 145$)	Oost-Europese ($n = 35$)	Turkse ($n = 48$)	Zuid-Europese ($n = 110$)
Gespecialiseerde drughulp							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.011; df = 1; p = 0.918)$		$(\chi^2 = 9.661; df = 4; p = 0.047)$				
Ja	211 (13.4%)	55 (13.2%)	211 (13.5%)	26 (17.9%)	2 (5.7%)	1 (2.1%)	15 (13.6%)
Nee	1362 (86.6%)	361 (86.8%)	1355 (86.5%)	119 (82.1%)	33 (94.3%)	47 (97.9%)	95 (86.4%)
<i>Opnameduur</i>	$(t = 0.179; df = 265; p = 0.858)$		$(F = 0.105; df = 4,251; p = 0.981)$				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	71.59 (114.833)	68.50 (114.911)	71.59 (114.833)	64.19 (117.514)	30.00 (6.971)	49.00 (0.000)	76.47 (125.829)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 3.889; df = 1; p = 0.049)$		$(\chi^2 = 13.969; df = 4; p = 0.007)$				
Ja	317 (20.2%)	66 (15.9%)	316 (20.2%)	27 (18.6%)	1 (2.9%)	2 (4.2%)	21 (19.1%)
Nee	1256 (79.8%)	350 (84.1%)	1250 (79.8%)	118 (81.4%)	34 (97.1%)	46 (95.8%)	89 (80.9%)
<i>Opnameduur</i>	$(t = 1.324; df = 378; p = 0.186)$		$(F = 0.926; df = 4,359; p = 0.449)$				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	47.63 (79.084)	34.05 (56.919)	47.76 (79.117)	22.26 (32.529)	3.00	38.50 (0.305)	33.76 (42.067)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 6.620; df = 1; p = 0.010)$		$(\chi^2 = 12.547; df = 4; p = 0.014)$				
Ja	214 (13.6%)	37 (8.9%)	214 (13.7%)	20 (13.8%)	0	1 (2.1%)	10 (9.1%)
Nee	1359 (86.4%)	379 (91.1%)	1352 (86.3%)	125 (86.2%)	35 (100%)	47 (97.9%)	100 (90.9%)
<i>Opnameduur</i>	$(t = -0.923; df = 249; p = 0.357)$		$(F = 1.565; df = 3,241; p = 0.199)$				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	59.66 (85.931)	74.95 (127.002)	59.66 (85.931)	72.35 (126.739)	/	242	85.10 (158.526)
PAAZ							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.026; df = 1; p = 0.872)$		$(\chi^2 = 1.089; df = 4; p = 0.896)$				
Ja	186 (11.8%)	48 (11.5%)	185 (11.8%)	15 (10.3%)	5 (14.3%)	4 (8.3%)	12 (10.9%)
Nee	1387 (88.2%)	368 (88.5%)	1381 (88.2%)	130 (89.7%)	30 (85.7%)	44 (91.7%)	98 (89.1%)
<i>Opnameduur</i>	$(t = 0.193; df = 232; p = 0.847)$		$(F = 0.688; df = 4,216; p = 0.601)$				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	22.42 (27.883)	21.58 (22.670)	22.50 (27.941)	30.37 (30.788)	24.00 (20.652)	12.75 (12.894)	15.17 (13.829)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 4.910; df = 1; p = 0.027)$		$(\chi^2 = 6.706; df = 4; p = 0.152)$				
Ja	135 (8.6%)	22 (5.3%)	135 (8.6%)	10 (6.9%)	3 (8.6%)	4 (2.6%)	2 (1.8%)
Nee	1438 (91.4%)	394 (94.7%)	1431 (91.4%)	135 (93.1%)	32 (91.4%)	44 (91.7%)	108 (98.2%)

<i>Opnameduur</i>	(t = -0.273; df = 151; p = 0.785)		(F = 0.289; df = 4,145; p = 0.885)				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	20.25 (33.004)	22.29 (21.209)	20.25 (33.004)	21.10 (19.785)	31.33 (29.535)	21.10 (19.785)	9.33 (13.577)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 1.632; df = 1; p = 0.201)$		$(\chi^2 = 2.969; df = 4; p = 0.563)$				
Ja	149 (9.5%)	31 (7.5%)	149 (9.5%)	2 (5.7%)	10 (6.9%)	3 (6.3%)	13 (11.8%)
Nee	1424 (90.5%)	385 (92.5%)	1417 (90.5%)	33 (94.3%)	135 (93.1%)	45 (93.8%)	97 (88.2%)
<i>Opnameduur</i>	(t = 0.208; df = 178; p = 0.835)		(F = 0.978; df = 4,172; p = 0.421)				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	22.78 (25.973)	21.74 (21.155)	22.78 (25.973)	29.40 (26.408)	12.00 (12.728)	36.67 (28.989)	12.92 (13.080)
Psychiatrisch ziekenhuis							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 1.900; df = 1; p = 0.168)$		$(\chi^2 = 1.792; df = 4; p = 0.774)$				
Ja	206 (13.1%)	44 (10.6%)	206 (13.2%)	15 (10.3%)	4 (11.4%)	6 (12.5%)	11 (10.0%)
Nee	1367 (86.9%)	372 (89.4%)	1360 (86.8%)	130 (89.7%)	31 (88.6%)	42 (87.5%)	99 (30.0%)
<i>Opnameduur</i>	(t = -0.680; df = 248; p = 0.497)		(F = 0.353; df = 4,237; p = 0.842)				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	63.83 (72.809)	72.18 (79.574)	63.83 (72.809)	66.33 (63.993)	73.00 (83.415)	99.50 (141.836)	65.36 (54.818)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 4.135; df = 1; p = 0.042)$		$(\chi^2 = 5.117; df = 4; p = 0.275)$				
Ja	166 (10.6%)	30 (7.2%)	166 (10.6%)	12 (8.3%)	2 (5.7%)	3 (6.3%)	6 (5.5%)
Nee	1407 (89.4%)	386 (92.8%)	1400 (89.4%)	133 (91.7%)	33 (94.3%)	45 (93.8%)	104 (94.5%)
<i>Opnameduur</i>	(t = -0.652; df = 194; p = 0.515)		(F = 0.485; df = 4,184; p = 0.747)				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	48.37 (65.432)	56.73 (60.447)	48.37 (65.432)	49.75 (37.051)	48.00 (46.669)	81.67 (66.905)	78.00 (91.819)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 1.163; df = 1; p = 0.281)$		$(\chi^2 = 3.620; df = 4; p = 0.460)$				
Ja	205 (13.0%)	46 (11.1%)	205 (13.1%)	22 (15.2%)	3 (8.6%)	4 (8.3%)	10 (9.1%)
Nee	1368 (87.0%)	370 (88.9%)	1361 (86.9%)	123 (84.8%)	32 (91.4%)	44 (91.7%)	100 (90.9%)
<i>Opnameduur</i>	(t = -1.358; df = 49.322; p = 0.181)		(F = 1.811; 4,239; p = 0.127)				
Gemiddeld aantal dagen (SD)	59.60 (74.635)	92.96 (62.762)	59.60 (74.635)	95.59 (218.379)	171.67 (142.170)	110.00 (85.922)	67.30 (87.910)

Tabel 6.5: Residentieel zorggebruik van druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst (n = 1999), nader gespecificeerd volgens gebied van herkomst.

	België (n = 1573)	Andere (n = 416)	Belgische (n = 1566)	Maghrebijnse (n = 145)	Oost-Europese (n = 35)	Turkse (n = 48)	Zuid-Europese (n = 110)
Antidepressiva							
Voortraject							

Hoofdstuk 6: Zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden

<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 1.979; df = 1; p = 0.159)$		$(\chi^2 = 6.808; df = 4; p = 0.146)$				
Ja	491 (24.7%)	115 (5.8%)	488 (31.2%)	32 (21.2%)	8 (22.9%)	12 (25.0%)	32 (29.1%)
Nee	1082 (54.4%)	301 (21.8%)	1078 (68.8%)	113 (77.9%)	27 (77.1%)	36 (75.0%)	78 (70.9%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 2.476; df = 777.470; p = 0.013)$		$(F = 1.910; df = 4,567; p = 0.107)$				
Gemiddelde (SD)	1.36 (2.952)	1.01 (2.410)	4.34 (3.873)	4.34 (3.824)	5.50 (4.690)	2.00 (1.954)	3.22 (3.139)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 7.187; df = 1; p = 0.007)$		$(\chi^2 = 7.703; df = 4; p = 0.103)$				
Ja	431 (21.7%)	87 (4.4%)	429 (27.4%)	30 (20.7%)	7 (20.0%)	9 (18.8%)	22 (20.0%)
Nee	1142 (57.4%)	329 (16.5%)	1137 (72.6%)	115 (79.3%)	28 (80.0%)	39 (81.3%)	88 (80.0%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 2.037; df = 686.422; p = 0.042)$		$(F = 0.373; df = 4,492; p = 0.828)$				
Gemiddelde (SD)	0.81 (1.672)	0.63 (1.567)	2.97 (1.957)	3.03 (1.991)	2.86 (1.464)	3.67 (3.571)	2.73 (1.830)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 2.202; df = 1; p = 0.138)$		$(\chi^2 = 4.110; df = 4; p = 0.391)$				
Ja	541 (27.2%)	127 (6.4%)	539 (34.4%)	46 (31.7%)	8 (22.9%)	12 (25.0%)	38 (34.5%)
Nee	1032 (51.9%)	289 (14.5%)	1027 (65.6%)	99 (68.3%)	27 (77.1%)	36 (75.0%)	72 (65.5%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 2.822; df = 812.755; p = 0.005)$		$(F = 1.212; df = 4,638; p = 0.304)$				
Gemiddelde (SD)	1.77 (3.591)	1.31 (2.804)	5.15 (4.491)	4.41 (3.879)	5.50 (4.957)	4.42 (3.450)	3.76 (3.017)
Neuroleptica							
Voortraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.302; df = 2; p = 0.860)$		$(\chi^2 = 1.608; df = 4; p = 0.807)$				
Ja	310 (15.6%)	80 (4.0%)	308 (19.7%)	26 (17.9%)	8 (22.9%)	7 (14.6%)	24 (21.8%)
Nee	1263 (63.5%)	336 (16.9%)	1257 (80.3%)	119 (82.1%)	27 (77.1%)	41 (85.4%)	86 (78.2%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 0.359; df = 655.783; p = 0.720)$		$(F = 0.730; df = 4,368; p = 0.572)$				
Gemiddelde (SD)	0.89 (2.595)	0.84 (2.573)	4.54 (4.225)	4.58 (4.527)	5.00 (5.071)	3.29 (3.147)	3.21 (3.413)
Referentieperiode							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 5.276; df = 1; p = 0.022)$		$(\chi^2 = 10.209; df = 4; p = 0.037)$				
Ja	287 (14.4%)	56 (2.8%)	287 (18.3%)	22 (15.2%)	4 (11.4%)	8 (16.7%)	8 (7.3%)
Nee	1286 (64.7%)	360 (18.1%)	1279 (81.7%)	123 (84.8%)	31 (88.6%)	40 (83.3%)	102 (92.7%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 0.600; df = 1987; p = 0.549)$		$(F = 3.885; df = 4,324; p = 0.004)$				
Gemiddelde (SD)	0.54 (1.486)	0.49 (1.653)	2.94 (2.251)	3.73 (3.369)	4.50 (3.416)	1.75 (1.389)	5.63 (4.033)
Natraject							
<i>Aantal personen</i>	$(\chi^2 = 0.685; df = 1; p = 0.408)$		$(\chi^2 = 2.980; df = 4; p = 0.561)$				
Ja	355 (17.8%)	86 (4.3%)	354 (22.6%)	33 (22.8%)	9 (25.7%)	6 (12.5%)	25 (22.7%)
Nee	1218 (61.2%)	330 (16.6%)	1212 (77.4%)	112 (77.2%)	26 (74.3%)	42 (87.5%)	85 (77.3%)
<i>Aantal voorschriften</i>	$(t = 1.300; df = 1987; p = 0.194)$		$(F = 0.507; df = 4,422; p = 0.731)$				
Gemiddelde (SD)	1.20 (3.219)	0.97 (3.025)	5.34 (4.902)	5.61 (6.417)	4.78 (3.801)	4.33 (2.503)	4.04 (4.783)

Tabel 6.6: Voorgeschreven psychotrope medicatie van druggebruikers van Belgische en niet-Belgische herkomst ($n = 1999$), nader gespecificeerd volgens gebied van herkomst.

6.3 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

6.3.1 CONCLUSIES

Tijdens dit derde en laatste luik van het kwantitatief onderzoek werden de zorgtrajecten en terugbetaalbare medische prestaties geanalyseerd van 2 000 personen die tussen 1 januari en 30 juni 2004 in behandeling waren in een gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening (= referentieperiode). De etnische herkomst van deze personen werd bepaald aan de hand van hun voor- en familienaam en resulteerde in een vergelijking van de zorgtrajecten van personen van Belgische en niet-Belgische herkomst enerzijds, en van personen van Belgische, Maghrebijnse, Turkse, Zuid-Europese en Oost-Europese afkomst anderzijds. Hoewel de nodige bedenkingen geformuleerd kunnen worden bij deze indeling op basis van de naam is dit een vrij betrouwbare indicator van de etnische herkomst van de betrokkenen gebleken, wat af te leiden valt uit de verblijfplaats van de onderscheiden etnische groepen.

Ongeveer één op vijf personen uit de onderzochte steekproef (**20.8%**) blijkt van **niet-Belgische origine**, dit wil zeggen niet afkomstig uit België of één van de buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg). Personen van niet-Belgische afkomst blijken voornamelijk afkomstig uit Marokko, Italië en Turkije. Een indeling op basis van de regio van herkomst maakt duidelijk dat 79.2% van West-Europese afkomst is, tegenover 7.5% van Noord-Afrikaanse, 6.6% van Zuid-Europese, 2.4% van Oost-Europese en 2.4% van Turkse afkomst. Tijdens de selectieperiode werden de meeste personen (85.7%) geregistreerd in een ambulante centrum voor gespecialiseerde drughulpverlening (vooral MSOCs en dagcentra), tegenover 19.3% in een residentieel revalidatiecentrum voor alcohol- en druggebruikers (crisisinterventiecentrum, therapeutische gemeenschap of kortdurend therapeutisch programma).

Inzake **socio-demografische kenmerken** blijkt ook uit dit onderzoeksluik dat de gemiddelde leeftijd beduidend hoger ligt en dat vrouwen significant ondervertegenwoordigd zijn in de populatie van niet-Belgische herkomst. Bovendien is bij deze personen vaker sprake van een precare financiële situatie (zoals blijkt uit het recht op de maximumfactuur) en zijn ze vooral woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Henegouwen en Waals-Brabant.

Wat het **ambulant zorggebruik** betreft, wordt duidelijk dat significant meer personen van niet-Belgische herkomst een beroep doen op de ambulante gespecialiseerde zorg en dat ze ook langer met deze centra in contact blijven. Anderzijds gingen significant meer personen van Belgische afkomst op consultatie bij een huisarts tijdens de onderzoeksperiode, maar de frequentie van deze consultaties lag bij beide groepen ongeveer even hoog. Dit laat vermoeden dat personen van niet-Belgische herkomst die wel een beroep doen op een huisarts, dit frequenter doen in vergelijking met cliënten van Belgische afkomst. Ook raadplegingen bij een privé-psychiater komen vaker en frequenter voor bij personen van Belgische herkomst.

Het **residentieel zorggebruik** ligt dan weer hoger bij personen van Belgische herkomst, vooral in residentieel gespecialiseerde centra, hoewel qua behandelingsduur geen significante verschillen vastgesteld kunnen worden tussen beide groepen. Verder merken we dat meer personen van Belgische herkomst tijdens de referentieperiode opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis en/of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, maar dat dit verschil niet vastgesteld kon worden tijdens de periode voor en na de referentieperiode.

Het voorschrijfgedrag van artsen met betrekking tot **antidepressiva** en **neuroleptica** verschilt significant bij personen van Belgische en niet-Belgische herkomst: meer personen uit eerstgenoemde groep kregen dergelijke vorm van medicatie voorgeschreven tijdens de referentieperiode en tevens lag de frequentie van het voorschrijven van antidepressiva beduidend hoger bij deze populatie.

Nadere analyse van deze onderzoeksgegevens naar **regio van herkomst** (Noord-Afrika, Zuid-Europa, Turkije en Oost-Europa) maakt duidelijk dat vrouwelijke cliënten vooral ondervertegenwoordigd zijn in de populatie van Maghrebijnse en Turkse afkomst, terwijl de gemiddelde leeftijd bij alle onderscheiden etnische groepen hoger ligt in vergelijking met personen van Belgische herkomst. De gemiddelde leeftijd is het hoogste bij personen afkomstig uit Oost-Europa (35 jaar). Vooral personen van Maghrebijnse en Oost-Europese origine hebben recht op de maximumfactuur. De spreiding van de onderscheiden etnische groepen verschilt sterk van provincie tot provincie, maar sluit sterk aan bij de globale landelijke spreiding van diverse etnische groepen in België. Vooral veel druggebruikers van Oost-Europese en Turkse afkomst doen een beroep op de ambulante gespecialiseerde drughulpverlening en vooral eerstgenoemde groep doet dit ook gedurende een iets langere periode in vergelijking met de overige cliëntgroepen. Met name relatief weinig druggebruikers van Maghrebijnse

en Zuid-Europese afkomst doen een beroep op een huisarts, hoewel er geen verschillen gevonden kunnen worden qua frequentie van de huisartsbezoeken tussen de onderscheiden etnische groepen. Hoewel onze bevindingen op dit vlak niet geheel eenduidig zijn, blijken vooral minder personen van Oost-Europese en Turkse herkomst een psychiater te consulteren, terwijl juist meer personen van Oost-Europese en minder personen van Turkse herkomst een andere geneesheer-specialist raadplegen.

Personen van Belgische, Maghrebijnse en Zuid-Europese afkomst uit de steekproef doen in ongeveer gelijke mate een beroep op de residentiële drughulpverlening, in tegenstelling tot personen van Turkse en Oost-Europese afkomst. De verblijfsduur van beide laatste groepen is bovendien gemiddeld heel wat korter. Wat het zorggebruik in andere residentiële voorzieningen betreft (o.a. psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen), kunnen weinig of geen verschillen vastgesteld worden tussen de onderscheiden groepen, vooral omwille van het kleine aantal cliënten in bepaalde groepen.

Het voorschrijven van antidepressiva komt beduidend vaker voor bij personen van Belgische herkomst en ligt op ongeveer dezelfde hoogte in de overige etnische groepen, behalve bij personen van Zuid-Europese afkomst die ongeveer even vaak dergelijke medicatie voorgeschreven krijgen als Belgische cliënten. Een minder eenduidig beeld blijkt met betrekking tot het voorschrijven van neuroleptica.

We kunnen **besluiten** dat de zorgtrajecten van personen van Belgische en niet-Belgische afkomst op een aantal punten verschillen en dat het goed is op dit vlak onderscheid te maken tussen verschillende etnisch-culturele minderheidsgroepen. Het betreft veeleer een aantal nuanceverschillen dan grote kwantitatieve verschillen.

We dienen evenwel een aantal **bedenkingen** te formuleren bij de weergegeven onderzoeksbevindingen. Vooreerst hebben deze resultaten betrekking op een geselecteerde groep die in behandeling was op een bepaald moment in een gespecialiseerd centrum voor drughulpverlening én hiervoor terugbetaling van het ziekenfonds genoot. Hoewel het een representatieve steekproef betreft uit de centra met een RIZIV-conventie voor de behandeling van alcohol- en druggebruikers, maakten personen die tijdens dezelfde periode in behandeling waren voor dergelijke problemen in een psychiatrisch ziekenhuis, centrum geestelijke gezondheidszorg of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis geen deel uit van de steekproef. Ook druggebruikers die niet aangesloten waren bij een ziekteverzekering konden niet opgenomen worden in de steekproef, maar volgens onze informatie betreft dit slechts een zeer kleine groep druggebruikers. Immers, in geval van niet-betaling van de persoonlijke bijdrage kan de aansluiting bij de ziekteverzekering eventueel bij het begin van de behandeling alsnog in orde gebracht worden. Enkel bij personen zonder geldige verblijfsvergunning is dit niet het geval en zijn allicht andere (kwalitatieve) onderzoeksmethoden aangewezen om meer te weten te komen over deze specifieke doelgroep. Onze steekproef is dus in zekere zin onderhevig aan een selectiebias, maar het was anderzijds de enige manier om in de database van de mutualiteiten druggebruikers van andere cliënten te onderscheiden bij gebrek aan indicatie met betrekking tot de medische diagnose. Bovendien dient er mee rekening te worden gehouden dat deze database enkel betrekking heeft op terugbetaalde medische prestaties, waardoor andere vormen van zorg en hulpverlening aan druggebruikers die niet door het RIZIV terugbetaald worden (bv. gesprekken in een centrum geestelijke gezondheidszorg, contacten met straathoekwerk, deelname aan vernieuwende projecten) niet in rekening gebracht konden worden. Omdat we op basis van eerder onderzoek weten dat de meeste druggebruikers die een beroep doen op de hulpverlening met de gespecialiseerde drughulpverlening in contact komen, kunnen we veronderstellen dat onze steekproef een vrij goed beeld geeft van het gebruik van het geïnstitutionaliseerd zorgaanbod door deze personen. We kunnen evenwel niets besluiten over het zorggebruik van druggebruikers die (nog) niet in contact komen met de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Ten slotte is de indeling van de steekproef op basis van naam en voornaam geen 100% betrouwbare indeling en is het aangewezen om voor het bepalen van de etnische herkomst af te gaan op het geboorteland van de persoon in kwestie en zijn/haar beide ouders. Ook deze indicator heeft echter zijn beperkingen en het zal bijvoorbeeld tevens belangrijk zijn om rekening te houden met de mate van acculturatie. Om aan deze en andere beperkingen tegemoet te komen, gaan we in het kwalitatief onderzoeksluik in op het migratietraject, de gebruiksgeschiedenis en zorgtrajecten van de twee grootste, niet-Europese etnisch-culturele minderheden in België, namelijk personen van Turkse en Marokkaanse afkomst.

6.3.2 CONCLUSIONS

A insérer

Referenties – Références

- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G. & Broekaert, E. (2005). Gedeelde cliënten, gedeelde zorg?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart. *Orthopedagogische Reeks*, 20, 1-193.
- Fureman, B., Pariskh, G., Bragg, A. & McLellan, A.T. (1990). *Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI ionterviews base don the past then years* (vijfde edition). Pennsylvania: University of Pennsylvania, Veterans Administration, Centre for Studies of Addiction.
- Hendriks, V.M., Kaplan, C.D., van Limbeek, J. & Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index – Reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 2, 133-141.
- Lodewyckx, I., Janssens, A., Ysabee, P. & Timmerman, Ch. (2005). *Allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening?* Antwerpen – Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid – Consortium UA en UHasselt; Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) – UA.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J. & Griffith, J.E. (1985). New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- Raes, V., Lombaert, G. & Keymeulen, R. (2005). *European Addiction Severity Index. Handleiding*. Gent: De Sleutel – Dienst Wetenschappelijk Onderzoek.
- Vanderplasschen, W. (2007).

[Http://geneanet.org](http://geneanet.org)

[Http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=1214](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=1214)

[Http://www.os.amsterdam.nl/pdf/2006_definitie_allochtonen.pdf](http://www.os.amsterdam.nl/pdf/2006_definitie_allochtonen.pdf)

DEEL 3: KWALITATIEF ONDERZOEKSLUIK

PARTIE 3: RECHERCHE QUALITATIVE

CHAPITRE 7:

INTERVIEWS

7.1 METHODOLOGIE

L'approche qualitative de la recherche a été mise en œuvre en trois phases : la première a consisté en des entretiens ouverts menés avec des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, à Anvers, Bruxelles, Charleroi et Gand ; la seconde étape a consisté en un focus group organisé dans chaque ville, et réunissant des professionnels des mondes socio-sanitaire, judiciaire et socio-culturel, dans le but de faire réagir ces derniers aux résultats issus des entretiens ouverts, et de lancer des pistes de réflexion, voire d'action. Enfin, ces pistes de réflexion et d'action ont été appuyées par la visite de pratiques intéressantes existant dans d'autres pays européens (Espagne, Grande-Bretagne, Suisse). Dans ce rapport, nous étudierons successivement les résultats de ces trois phases.

7.1.1 ENTRETIENS OUVERTS

Pour des raisons pragmatiques, et suivant l'avis du comité d'experts, nous avons centré notre analyse sur deux groupes socio-culturels présents en Belgique et connaissant des discriminations dans des domaines tels que l'accès à l'emploi, au logement, à la santé en général, etc. En effet, il eût été illusoire, voire présomptueux, de prétendre que nous pouvions, en l'espace d'un an, prendre en compte toute la diversité et toutes les nuances des immigrations en Belgique. Nous nous sommes donc penchés particulièrement sur les populations d'origine turque et marocaine. Par contre, nous avons choisi de prendre en compte les personnes quelle que soit leur génération d'immigration, et ce pour nous laisser la possibilité d'observer les éventuelles différences de trajectoires de soins, entre par exemple les première, deuxième et troisième générations.

Que ce soit à Anvers, Bruxelles, Charleroi ou Gand, nous avons utilisé trois principaux canaux pour entrer en contact avec les personnes interviewées : le réseau culturel, le réseau socio-sanitaire au sens large et les réseaux interpersonnels des usagers de drogues. Ainsi, nous avons contacté divers centres culturels développant une action sociale à l'égard des populations étudiées, et pouvant être au courant d'éventuelles problématiques d'assuétudes : diverses associations proches de mosquées, des CPAS (Centre Public d'Action Sociale), des éducateurs de rue, des services de prévention communaux, des maisons médicales, des médecins généralistes, des centres de santé mentale, des services d'accueil et d'échange de seringues, des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS), des centres de suivi ambulatoire, des hôpitaux avec une offre de sevrage, des centres de court séjour et des centres de post-cure.

Les participants ont effectivement pu être contactés par :

- A Anvers : Marokkaanse VZW et Moskee-vereniging, ADIC Ontwenningprogramma, ADIC Woonproject, Straathoekwerk de Sleutel, Inloopcentrum De Vaart
- A Bruxelles : CPAS de Bruxelles Ville, MASS de Bruxelles, Transit, LAMA, SCAT d'Anderlecht, Maison Médicale Le Botanique
- A Charleroi : Diapason, Maison Médicale La Brèche, Trempline, un médecin généraliste
- A Gand : Dagcentrum De Sleutel, Crisisinterventiecentrum De Sleutel, De Eenmaking, MSOC Gent, Therapeutische Gemeenschap van De Sleutel Merelbeke
- Certaines personnes interviewées, qui ont parlé de notre recherche à d'autres usagers de drogues et/ou de soins, ce qui a permis de diversifier davantage les horizons d'origine des interviewés.

Les entretiens se sont déroulés majoritairement dans les bâtiments d'une association socio-sanitaire, mais aussi plusieurs fois au domicile de la personne. Certains entretiens ont pu se dérouler dans nos bureaux, dans un café ou dans un parc.

Il est nécessaire de souligner la plasticité dont nous avons dû faire preuve afin de mener ces entretiens : à chaque fois, il s'est agi d'adapter le processus à la personne interviewée et à la situation de l'entretien, tout en conservant les objectifs de ce dernier ; ce n'est pas, à vrai dire, l'apanage de notre recherche : tout entretien nécessite une relative plasticité. Mais cette plasticité a été d'autant plus grande que nous nous sommes adressés à des personnes pouvant ne pas très bien maîtriser une des langues nationales. En outre, les interviewés ont pu n'avoir pas bien compris les objectifs de la recherche, les modalités de l'entretien, ou encore, tout simplement,

notre fonction et le fait que nous nous distinguions des professionnels des associations avec lesquelles les personnes étaient en contact. Nous avons enfin rencontré des personnes pouvant être difficiles à cadrer dans les sujets que nous voulions aborder, lorsqu'elles étaient par exemple sous l'influence de substances psycho-actives, ou fatiguées et/ou atteintes moralement par une crise liée à une situation difficile d'un point de vue socioéconomique, psychologique, etc. Parce que l'ouverture de nos entretiens faisait appel à l'ouverture de la personne elle-même, l'expression de sentiments par des rires, mais aussi des pleurs, des colères,... a souvent pris une place importante. Nous ne pouvions ignorer ces modes d'expression : nous devons les prendre en compte lors de la conduite des entretiens, tout en nous distinguant des cliniciens que nous ne sommes pas. Ainsi donc, un entretien n'a pas été l'autre, et l'ensemble a permis d'accéder à un matériau diversifié.

7.1.2 GRILLE D'ENTRETIEN

Grâce à l'étude de la littérature et aux entretiens exploratoires, il est vite apparu qu'une recherche sur les trajectoires de soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère regroupait de très nombreuses et diverses informations. En effet, la trajectoire de soins ne pouvait être dissociée de la trajectoire de consommation de drogues. Elle-même devait être mise en lien avec le vécu de la personne, voire de sa famille, notamment, mais pas seulement, au travers de la trajectoire migratoire. C'est ainsi que l'étude de la littérature et les entretiens exploratoires menés en début de recherche nous ont permis de conclure que les obstacles rendant difficile, pour des usagers de drogues issus de minorités d'origine étrangère, l'accès aux soins ou le maintien du contact avec ces soins, pouvaient être liés à la situation socioéconomique de la personne, à sa situation administrative, à sa culture d'origine, au vécu familial, à son intégration en Belgique, etc. En outre, les entretiens exploratoires ont aussi mis à jour le fait que l'accès et le maintien du contact avec les soins, pouvaient dépendre de l'offre elle-même, accéder à des soins de réduction des risques et entamer un séjour résidentiel en post-cure étant foncièrement différent.

Il s'agissait donc de garder la possibilité de prendre en compte l'extrême diversité des nuances que les problématiques étudiées pouvaient apporter. Fort de ce constat, nous avons opté pour la construction d'une grille d'entretien se basant sur des thématiques, plus que sur des questions, aussi ouvertes soient elles. Nous avons donc décidé d'ouvrir relativement largement les entretiens, prévus pour être semi-directifs. C'est grâce à cela que nous avons pu aborder des thématiques telles que :

- La situation de la personne, des points de vue administratif, socio-économique, familial, civil, etc. ;
- Son intégration en Belgique ;
- Sa trajectoire de consommation de drogues ;
- Ses antécédents judiciaires ;
- Sa trajectoire de migration, et celle de sa famille ; son rapport à ses origines : valeurs, traditions, religion, etc. ;
- Sa trajectoire de soins, en Belgique et ailleurs, en soins institutionnalisés ou autres ;
- Les réactions de la famille et de la communauté son usage de drogues et de soins ; le soutien qu'elle a pu apporter à la personne ; les mesures alternatives qui ont pu être proposées.

7.1.3 RETRANSCRIPTION ET ENCODAGE

Sur les 45 entretiens que nous avons menés, nous en avons utilisé 44. Le dernier n'a pas pu être retenu pour l'analyse pour deux raisons : l'enregistrement audio a été refusé par la personne et la plupart du temps, il n'a pas été possible de centrer cette personne sur les thématiques à aborder. Les 44 autres entretiens ont donc été retranscrits et encodés dans le logiciel d'analyse qualitative Winmax (Kuckartz, 1997), au moyen d'une arborescence construite à partir d'une première lecture générale des entretiens retranscrits. Cette arborescence a aussi été construite sur base de l'étude de la littérature et des entretiens exploratoires.

7.1.4 ANALYSE DES ENTRETIENS

Si les entretiens ont été riches en obstacles à l'accès et à la rétention aux soins, ils l'ont aussi été dans l'identification d'adjuvants à cet accès et à cette rétention. Or, nous nous devons de les prendre en compte, puisque les obstacles à une offre de soins peuvent être les adjuvants à une autre offre de soins (p.ex. : déconsidération de la psychologie, considération de la médecine). Et puisque les obstacles rencontrés par une personne peuvent être les adjuvants d'une autre personne (p.ex. : les règles institutionnelles strictes des communautés thérapeutiques, qui en découragent certains, mais qui en encouragent d'autres). Dès lors, nous avons basé notre analyse des entretiens sur l'opposition entre les adjuvants et les freins dans l'accès aux soins institutionnalisés, que ces soins soient généralistes ou spécialisés : institutions de crise, de réduction des risques,

de sevrage, de therapie long séjour, etc. ; cabinets privés de médecins, psychologues, psychiatres, etc. ; maisons médicales, hôpitaux, etc.

En outre, les trajectoires de soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère n'ont pas pris place uniquement dans les soins institutionnalisés : en effet, de très nombreux témoignages ont relaté l'usage de soins alternatifs par rapport à l'offre de soins institutionnalisés. Ainsi, la personne a pu tenter de gérer, voire d'arrêter sa consommation, en se basant sur d'autres méthodes que celles institutionnalisées, comme par exemple lors d'un sevrage en autonomie et sans médication. Parce que ces épisodes ont pu constituer des segments fondamentaux de la trajectoire de soins, nous avons pensé qu'il était nécessaire de les prendre en compte, notamment parce que ces recours alternatifs peuvent avoir une influence sur les recours à l'offre institutionnalisée.

7.2 ALGEMENE KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF

In totaal werden 44 interviews meegenomen naar de analyse; 20 aan Vlaamse zijde, 24 aan Waalse zijde. De algemene kenmerken worden voor de ganse steekproef weergegeven; enkel bij specifieke verschillen tussen beide taalgroepen of per stad wordt dit expliciet aangegeven. We willen hierbij ook nogmaals benadrukken dat gezien de beperkte omvang van de steekproef en de selectiewijze van de geïnterviewden de resultaten van dit onderzoeksluik niet kunnen en mogen gegeneraliseerd worden naar de gehele groep van (ex)druggebruikers die behoren tot een Turkse en Marokkaanse etnisch-culturele minderheid.

7.2.1 ETNISCH-CULTURELE MINDERHEID, NATIONALITEIT EN GEBOORTELAND

In de volgende tabel worden de cijfers weergegeven naar het behoren tot een bepaalde etnisch-culturele minderheid (zoals aangegeven door de respondent), de nationaliteit en het geboorteland.

		Vlaanderen	Wallonië	Totaal
Etnisch-culturele minderheid	Marokkaans	14	17	31
	Turks	6	7	13
Nationaliteit	Marokkaan	3	7	10
	Turk	3	2	5
	Belg	5	14	19
	Niet-Belg	1	0	1
	Onbekend	8	1	9
Geboorteland	Marokko	6	10	16
	Turkije	1	3	4
	België	12	10	22
	Onbekend	1	1	2

n

Tabel 7.1: Etnisch-culturele minderheid, nationaliteit en geboorteland van de onderzoeksgroep.

Gezien ons onderzoeksopzet concentreren we ons op het gegeven '**etnisch-culturele minderheid**'. De steekproef bestond voornamelijk uit respondenten die behoren tot een Marokkaanse etnisch-culturele minderheid. In Brussel waren er 13 respondenten met een Marokkaanse etnische herkomst en slechts één met een Turkse; in Charleroi is er een bijna gelijke verdeling: zes bevroegden rekenden zichzelf tot de Turkse etnisch-culturele minderheid en vier tot de Marokkaanse; onder de Antwerpse geïnterviewden beschouwen negen mannen zich als behorend tot een Marokkaanse etnisch-culturele minderheid en slechts één man tot een Turkse etnisch-culturele minderheid en de Gentse respondenten zijn precies gelijk verdeeld (elk 5) tussen beide etnisch-culturele minderheden.

Als we deze verdeling binnen de stedelijke steekproeven vergelijken met de bevolkingssamenstelling in deze vier grootsteden kunnen we enkel een beroep doen op nationaliteitsgegevens³³ waardoor een exacte vergelijking

³³ Te **Brussel** woonden op 1 januari 2006 1 018 804 officieel ingeschrevenen in de het bevolkingsregister (exclusief diegenen op de wachtlijst). In 2005 werden 41 388 Marokkanen in onze hoofdstad geteld en iets meer dan 11 595 Turken. Hier wordt echter aangegeven dat enkel 'nationaliteit' opgenomen werd en wordt tevens aangegeven dat de afgelopen tien jaar 70 352 Marokkanen de Belgische nationaliteit aannamen en dus niet opgenomen werden in deze cijfergegevens (Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse – Cel Statistiek, 2007).

Op 1 januari 2004 telde **Charleroi** 420 528 inwoners, hiervan behoorden 3097 tot de Marokkaanse nationaliteit en 4182 tot de Turkse nationaliteit (Service Federal Economie PME Classes Moyennes et Energie, 2004).

In de demografische cijfers van de stad **Antwerpen** wordt het onderscheid gemaakt naar nationaliteit en etniciteit. In januari 2007 telde Antwerpen 473 265 inwoners (ingeschreven in het bevolkings- of vreemdelingenregister of op de wachtlijst). 11

niet mogelijk is. Wanneer we deze cijfers illustratief bekijken zien we dat de vertegenwoordiging van de beide etnisch-culturele minderheden in onze steekproef niet overeenkomt met de nationaliteitscijfers. Een eerste mogelijke verklaring voor deze bevinding kan zijn dat er binnen de Turkse etnisch-culturele minderheid een eigen circuit aanwezig is waardoor deze druggebruikers niet evenredig doorstromen naar het geïnstitutionaliseerde aanbod. Sleutelfiguren uit deze gemeenschappen spraken deze mogelijkheid echter tegen. Een tweede mogelijke verklaring bevindt zich in de culturele context, waarbij het zo zou kunnen zijn dat de Marokkaanse etnisch-culturele minderheid eerder individuele normen en waarden hanteert in vergelijking met de Turkse etnisch-culturele minderheid die eerder vertrekt vanuit gemeenschapswaarden. Dit verschillend waardepatroon zou ertoe kunnen leiden dat gebruikers uit de Marokkaanse etnisch-culturele minderheid meer aansluiting vinden bij 'de Belgische gemeenschap' en in vergelijking met de Turkse etnisch-culturele minderheid dan ook vlugger doorstroomt naar geïnstitutionaliseerde drughulpvoorzieningen.

7.2.2 DEMOGRAFISCHE EN SOCIALE KENMERKEN

Wat het **geslacht** betreft stellen we vast dat op het totaal van 44 interviews er slechts één vrouwelijke participant was en dit aan Waalse zijde. Ondanks de expliciete vraag aan de contactpersonen om ook op zoek te gaan naar vrouwelijke respondenten is de ondervertegenwoordiging van vrouwen in onze onderzoeksproef erg opvallend. Verschillende hypothesen kunnen hier als verklaring worden aangegeven. Vooreerst is het zo dat prevalenties van druggebruik zich anders manifesteren naargelang het geslacht van de gebruiker, waarbij variabelen zoals het gebruikte product en de gebruikspatronen in rekening moeten gebracht worden (De Wilde, 2005). Vragen die hierbij aansluiten zijn onder meer: Is het druggebruik onder moslima's minder voorkomend dan bij moslimmannen? Neemt het druggebruik onder vrouwen die behoren tot een Turkse of Marokkaanse etnisch-culturele minderheid andere, minder problematische vormen aan waardoor zij geen beroep hoeven te doen op de drughulpverlening? We denken hierbij aan beïnvloedende factoren zoals een strengere sociale controle binnen de islamcultuur waaraan vrouwen onderworpen worden of een sterkere binding aan kinderen en gezin die beschermend werken.

Een tweede mogelijke denkpiste is dat druggebruikende vrouwen die behoren tot een Turkse of Marokkaanse etnisch-culturele minderheid, ondanks problematische gebruikspatronen, geen toegang vinden tot de drughulpverlening. Mogelijks spelen hier elementen zoals een taboe, een sterker schaamtegevoel, een sterker gekrenkte familie-eer en de angst voor represailles binnen de familie en de gemeenschap. Anderzijds erkennen we de mogelijkheid dat het aanbod niet aangepast is aan deze subgroep van druggebruikers waardoor zij er ook van wegblijven. Dit zijn echter slechts hypothetische denksporen die niet verder konden worden uitgespit binnen het voorliggend onderzoek.

De gemiddelde **leeftijd** van de steekproef bedraagt 34.9 jaar (range: 24-49 jaar). De meest voorkomende leeftijdscategorie in Vlaanderen is deze van 35 tot en met 39 jaar (7 op 20 respondenten), in Wallonië behoort iets minder dan de helft van de respondenten (10/24) tot de categorie 40 – 44 jaar, waarmee deze leeftijdscategorie de frequentste is.

Wat betreft de **burgerlijke stand** zien we een verschil tussen Vlaanderen en Wallonië: acht van de twintig Vlaamse respondenten zijn ongehuwd tegenover slechts twee van de 24 Waalse respondenten. Zeven Waalse respondenten zijn gehuwd, terwijl dit er bij de Vlaamse respondenten slechts drie zijn. Van de totale steekproef ($n = 44$) zijn twintig personen gescheiden (feitelijk of echtelijk); van vier respondenten is de burgerlijke stand ongekend. Wat het aantal **kinderen** betreft hebben negen respondenten geen kinderen, telkens zeven respondenten hebben één, twee of drie kinderen en één respondent heeft vier kinderen. Van dertien respondenten is niet geweten of en hoeveel kinderen ze hebben.

Over het algemeen is het **opleidingsniveau** van de respondenten eerder laag. Twee respondenten zijn analfabeet, een derde kan niet goed lezen of schrijven. De meerderheid volgde enkel secundair onderwijs, waarvan de meeste in België school liepen; slechts enkelen volgden secundair onderwijs in Turkije of Marokko. Minstens vijf respondenten verlieten de school zonder enig getuigschrift of diploma; bij enkele respondenten is het bovendien niet duidelijk of al dan niet een diploma werd behaald.

“Ik ben niet echt lang naar school gegaan” (Man, 25 jaar, Marokkaanse origine).

812 inwoners of 2,5 % heeft de Marokkaanse nationaliteit, 4 108 of 0.9% draagt de Turkse nationaliteit. Wat betreft de etniciteit van de Antwerpse bevolking wordt geschat dat 25% een andere dan de Belgische nationaliteit heeft of in het verleden had (Databank Sociale Planning, 2007).

Op 234 867 **Gentnaren** worden 692 mannen en vrouwen en 4 912 mannen en vrouwen anno 31 december 2006 voor het bevolkings- en het vreemdelingenregister samen geklasseerd als personen met een Marokkaanse respectievelijk Turkse nationaliteit (Stadsbestuur van Gent – Dienst Bevolking, 2007).

Wanneer de gevolgde richting wordt vermeld gaat het – op één uitzondering na (Latijn) – steeds om een beroeps- of technische richting. Soms werd een getuigschrift van een opleiding behaald via tweedekansonderwijs of in de gevangenis. Eén respondent overweegt om via de VDAB een opleiding tot ervaringsdeskundige te volgen. Drie respondenten startten een hogere opleiding in Marokko (boekhouding, linguïstiek en fysica), maar alle drie moesten ze hun opleiding stopzetten, twee wegens financiële moeilijkheden en één omwille van de migratie naar België. Eén respondent behaalde een getuigschrift van hoger onderwijs te Marokko. Een andere persoon is momenteel maatschappelijk werk aan het studeren en één respondent heeft een diploma criminologie op zak. Van zes geïnterviewden zijn geen gegevens gekend omtrent hun opleiding.

Wat de **werksituatie** betreft zijn van de gehele steekproef zes respondenten op het ogenblik van het interview werkzaam (o.m. in de horeca, therapeutische sector, jeugdwerk, metaalindustrie, sociale tewerkstelling). De meeste geïnterviewden hebben enige werkervaring, hoewel dit bij de meerderheid een aaneenschakeling van verschillende kortdurende banen betreft (o.a. magazijnier, bandwerk, schoonmaaksector,...). Een minderheid werkte onder langdurige contracten (o.a. als lasser, koerier, in de horeca, in een sociaal secretariaat, in de tuinbouw,...). Eén respondent heeft geen inkomsten en kan niet werken omdat zijn administratieve situatie niet geregulariseerd is.

Een aantal respondenten heeft geen enkele werkervaring; twee van hen voorzagen tot nog toe enkel via het criminele pad in hun behoeften. Hoewel één respondent vertelt over een zoektocht naar werk is het niet duidelijk of hij ook effectief ooit gewerkt heeft.

De meerderheid van de respondenten leeft in een moeilijke **financiële situatie**. Velen (minimum 27/44 respondenten) ontvangen een ziekte- of invaliditeitsuitkering (12), een werkloosheidsuitkering (4) of een leefloon (11) waarmee ze maar moeilijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen. Nagenoeg alle respondenten vertellen over schulden, financiële druk, achterstallige betalingen, ...

Wat de **huisvestingssituatie** betreft wonen twee respondenten bij de ouders, zestien op zichzelf. Twaalf personen wonen samen met hun gezin en/of kind(eren). Twaalf anderen hebben geen vaste domicilie en minstens drie respondenten waren in het verleden dakloos. Van twee geïnterviewden ontbreken gegevens over hun huisvestingssituatie.

Inzake **contact met justitie en gerecht** kwamen zevenendertig respondenten reeds in aanraking met het gerechtelijke apparaat; vier van hen enkel met de politie (voor gebruik, openbare ordeverstoring, openbare dronkenschap); alle anderen verbleven minstens één maal in de gevangenis. Twee personen hebben hier bovenop – of voorafgaand aan de gevangenisstraffen – een verleden in de bijzondere jeugdzorg. Eén respondent geeft aan dat hij druggerelateerde feiten (diefstal, illegale handel in medicatie) pleegde die nooit werden ontdekt. Van twee respondenten is niet geweten of zij al dan niet feiten pleegden en/of met politie en justitie in contact kwamen.

7.2.3 GELOOF

Praktisch de gehele steekproef geeft aan gelovig te zijn, wat niet betekent dat allen hun geloof ook praktiseren. Om het met de woorden van een respondent te zeggen:

“Dat is eigenlijk een mix dat ge zelf kiest. (...) Ge past dat aan, aan uw levensstijl” (Man, 29 jaar, Marokkaanse origine).

Eén van de respondenten lichtte toe dat een evolutie optrad ten opzichte van de oudere generaties en meer vrijheid mogelijk is binnen de godsdienstbeleving:

“J'ai envie de dire aussi que nos parents, ils ont un certain âge aujourd'hui, et ils n'ont pas une... Comment dire ? Aujourd'hui, quand on parle de religion, il y a des jeunes qui le font, tu as... Ils le font dans deux langues, en français et en arabe littéraire, et c'est plus accessible, il y a moins... On ne te culpabilise pas. Ils parlent d'abord de leurs expériences à eux : qu'est-ce qui les a amenés à pratiquer la religion, à partir de quand, quel est le déclenchement de tout ça. Et à partir de là, en fait, ils te laissent. Ils te donnent la possibilité, ils te donnent le choix de ce qu'il t'a dit, pour te faire ta propre réflexion, et d'en tirer les conséquences. D'en tirer les... un résultat ou pas, mais ils te laissent ton libre arbitre” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Het algemene beeld kan als volgt beschreven worden:

“Ik ben in naam islamitisch, absoluut niet praktiserend” (Man, 36 jaar, Turkse origine).

Toch wordt het geloof veelal beleefd in de vorm van individueel gebed en het respecteren van de ramadan. Naar de moskee gaan was voor vele respondenten (nog) niet mogelijk gezien hun druggebruik. Onder de Waalse respondenten keerde een aantal respondenten religie de rug toe, alsook die elementen die door hen worden gepercipieerd als behorend tot de moslimtraditie.

7.2.4 DRUGGEBRUIK

Alle respondenten hebben een parcours afgelegd gekenmerkt door problematisch **polidruggebruik** waarbij voornamelijk heroïne- en cocaïnegebruik gerapporteerd werden. Andere drugsoorten die vermeld worden zijn – in dalende frequentie: cannabis, alcohol, crack, XTC en andere partydrugs, medicatie en speed.

Voornamelijk cocaïne- en heroïnegebruik geven aanleiding tot het zoeken van hulp. Veelal betrof het echter een polidruggebruik. In enkele gevallen wordt hier bovenop ook het alcoholgebruik als problematisch gepercipieerd. Aan Waalse zijde stapte één persoon naar de drughulpverlening omwille van zijn cannabisgebruik en zes personen geven problematisch medicatiemisbruik, inclusief methadon, aan. Opnieuw stellen we vast dat dit binnen de steekproef vaak in combinatie met heroïne- en cocaïnegebruik voorkomt.

Op het ogenblik van het interview gebruiken twaalf personen geen enkel roesmiddel meer, noch ondersteunende of substitutiemedicatie. Elf respondenten nemen enkel methadon, zestien combineren methadon met andere (illegale) roesmiddelen. Vijf respondenten gebruiken voornamelijk heroïne.

7.2.5 ZORGGEBRUIK

Inzake het zorggebruik maken we een onderscheid tussen niet-gespecialiseerde en gespecialiseerde zorg³⁴. Drie respondenten hebben **op het ogenblik van het interview** geen contact met de hulpverlening, noch met het gespecialiseerde noch met het niet-gespecialiseerde hulpverleningsaanbod. Binnen de ambulante niet-gespecialiseerde zorg doen zes respondenten beroep op hun huisarts voor het verkrijgen van methadonvoorschriften. Eenentwintig bevraagden doen beroep op de ambulante, medisch-sociale drughulpverlening met het oog op het verkrijgen van methadon en dit zowel als substitutiebehandeling, als ondersteuning met het oog op abstinentie of in combinatie met illegale roesmiddelen. Bij de psycho-sociale ambulante gespecialiseerde zorg rekenen we vier respondenten, allen met het oog op nazorg en/of reïntegratie. Negen personen doen beroep op residentiële drughulpverlening: vijf verblijven in een residentieel centrum voor kortdurende opvang (crisisinterventiecentra) en vier in residentiële centra voor langdurige opvang (waarvan drie in een therapeutische gemeenschap).

Wanneer we de verhalen overlopen, merken we op dat quasi elke respondent in zijn **hulpverleningsgeschiedenis** meerdere vormen van (drug)hulpverlening consulteerde. Doorheen de zorgtrajecten zien we dat vijfentwintig respondenten minstens éénmaal en meestal verschillende malen opgenomen werden voor een kortdurend residentieel programma. Drieëntwintig respondenten namen ook minstens eens deel aan een langdurend programma. Dit werd echter meestal vroegtijdig verlaten. Slechts acht respondenten werden ooit opgenomen in een niet-gespecialiseerde setting.

Drieënderig personen rapporteren minstens eenmaal gebruik te hebben gemaakt van het ambulante aanbod en nagenoeg allen zeker tweemaal in het kader van een methadonbehandeling. Negen respondenten schakelden op een bepaald ogenblik hun huisarts in of raadpleegden een psychiater in zijn privé-kabinet.

Slechts bij vijf respondenten is er – los van een al dan niet volledig afgewerkt therapeutisch programma – sprake van reïntegratie, ambulante **nazorg** en/of terugvalpreventie.

7.3 GEBRUIKSTRAJECTEN

We staan in dit deel ook expliciet stil bij de gebruikstrajecten van de betrokken respondenten gezien dit steeds vooraf gaat aan een zorgtraject in de hulpverlening. De afgelegde gebruikstrajecten vertonen een grote **diversiteit**. Een eerste verschilpunt is de **lengte** van de gebruikscarrière: hoewel een aantal respondenten slechts één jaar gebruikte vooraleer naar de drughulpverlening te stappen, sleepte deze periode bij de meerderheid een lange tijd aan. Sommige trajecten nemen wel twintig tot zelfs vijfentwintig jaar in beslag.

Wanneer we alle verhalen naast elkaar leggen kunnen we een aantal lijnen herkennen in de eerste fasen van het gebruikstraject, in de **aanloop** naar problematisch gebruik. Hierbij beklemtonen we dat we de respondenten volgen in hun verhaal en het moment in hun gebruikscarrière waarop zij hun gebruik als problematisch gaan beschouwen. Deze types van startfasen zijn geen pogingen om het gebruik te gaan verklaren; er werd niet gekeken naar causaliteit. Desondanks konden we een aantal gemeenschappelijke verhaallijnen onderkennen. Deze lijnen zijn echter een vereenvoudiging van de realiteit. Achter elk type schuilt een waaier aan mogelijke getuigenissen. Bovendien hoort een aantal verhalen in twee of zelfs drie types thuis. Toch kan de meerderheid ondergebracht worden in één van de volgende vijf types:

³⁴ Voor de opsplitsing in enerzijds niet-specifieke en specifieke zorg en anderzijds in residentiële (langdurig en kortdurig) en ambulante (medisch-sociale en psycho-sociale) drughulpverlening, baseren we ons op Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003).

Een eerste en het meest voorkomende type traject (14 respondenten) dat we herkennen is dit waarbij de respondenten op relatief jonge leeftijd, voornamelijk in de tienerjaren starten met **experimenteel gebruik** van cannabis en andere roesmiddelen die eerder typerend zijn in het uitgaansleven. De startfase is een **sociaal gebeuren** dat na verloop van tijd veelal overgaat in heroïne- en cocaïnegebruik dat na enige tijd als problematisch wordt gepercipieerd. De meerderheid van deze mannen zijn zogenaamde tweedegeneratiemigranten; de anderen, die in Turkije of Marokko geboren werden, kwamen naar België op jonge leeftijd (maximum vijf jaar oud).

De tweede meest gehoorde verhaallijn is deze waarbij het gebruik aanvangt op volwassen leeftijd en van in het begin **negatief geladen** is. Deze dertien mannen brengen het startpunt van hun gebruik terug naar periodes waarin ze het moeilijk hadden; vaak werd een echtscheiding of het verliezen of niet vinden van werk hierbij genoemd. Hoewel grote variëteit in de aard van de producten, zoeken deze respondenten hun toevlucht vooral in roesmiddelen, in een poging de problemen te vergeten, waarbij het gebruik quasi onmiddellijk problematische vormen aanneemt. Bij één eerstegeneratierespondent zien we een link naar migratie: hij voelde zich totaal ontworteld en zowel hier als in het land van herkomst een vreemdeling. Wanneer we kijken naar het migratietraject onder de rest van de mannen kan geen eenduidige lijn worden ontdekt, noch wat betreft het behoren tot de groep van zogenaamde eerste- of tweedegeneratiemigranten, noch wat betreft de leeftijd waarop ze naar België kwamen, noch in de periode tussen migratie en het starten van druggebruik.

Een derde type traject is dit waarin rond het tijdstip van de meerderjarigheid of later in de volwassenheid in aanraking wordt gekomen met drugs. Kenmerkend is dat deze negen bevraagden voor het eerst kennis maken met illegale roesmiddelen op een **speciale sociale gebeurtenis** zoals een verjaardag of een huwelijk. Men proeft op deze gelegenheid voornamelijk van cocaïne en evolueert eerder snel naar problematisch gebruik. Wat betreft het migratietraject is het beeld opnieuw heterogeen.

Een vierde verhaallijn kunnen we liëren aan **migratie** en wel in volgend opzicht: in het land van herkomst wordt gestart met een bepaald product, op één uitzondering na (alcohol) is dit cannabis. Wanneer deze vijf respondenten op volwassen leeftijd naar België migreren, worden ze hier geïntroduceerd aan andere illegale drugsoorten, voornamelijk heroïne en cocaïne.

Tot slot kunnen we drie respondenten (twee mannen en één vrouw) samenbrengen in een gebruikstraject waarin de eerste fasen van het druggebruik volledig binnen het **criminele milieu** kaderen. Alle drie werden hier geboren en stapten op jonge leeftijd in de criminaliteit (trafiek, handel, prostitutie). Eén van deze drie respondenten vertelt bijvoorbeeld dat hij enkel maar heroïne proefde om de kwaliteit van zijn handelswaar te controleren. Zijn ervaring was aangenaam en werd een dagelijks gebeuren.

Gezien de beperkte steekproef is het meer dan aannemelijk dat andere starttrajecten binnen de groep gebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid mogelijk zijn.

Na deze verschillende beginfasen binnen het gebruikstraject zien we dat alle respondenten uiteindelijk evolueren naar **intens gebruik** waarover de controle wordt verloren. Hoe lang het duurt vooraleer dit gebruik als **problematisch** wordt ervaren varieert. De periodes van intens gebruik komen overeen met periodes waarin het op verschillende levensdomeinen moeilijk wordt: financiën, het gezinsleven, huisvesting en tewerkstelling komen onder druk te staan hoewel dit zeker niet voor alle respondenten in dezelfde mate het geval is. Ondanks een intens druggebruik slaagt een aantal respondenten erin een opleiding af te maken of een baan te behouden; het druggebruik is geïntegreerd in de andere levensdomeinen. Hiertegenover staan verschillende respondenten die in de loop van het gebruikstraject op straat terecht komen; hun leven staat volledig in het teken van het druggebruik.

Uiteindelijk kwamen alle respondenten in hun gebruikscarrière op een punt waarop ze trachtten het gebruik onder controle te brengen of op te geven. Het **zorgtraject** gaat hier van start. De gebruiks- en de zorgtrajecten overlappen minstens voor een tijdje. Het **overlappende traject** wordt gekenmerkt door één of meerdere periodes van abstinentie en dit niet enkel naar het einde van het gebruikstraject toe. Deze abstinente periodes kunnen tot jaren worden volgehouden. Velen ontvingen ook een methadonbehandeling (32/44), waarbij er echter bij verschillende respondenten in bepaalde periodes parallel gebruik was met andere roesmiddelen. Een minderheid misbruikt methadon enkel en alleen als roesmiddel. De meeste respondenten zochten tijdens het dubbele traject een oplossing in alternatieve copingmechanismen of alternatieve vormen van zorg, consulteerden meerdere vormen van geïnstitutionaliseerde zorg en maakten verschillende periodes van herval mee.

7.4 PREMILAIRES

7.4.1 DU PSYCHOTHERAPEUTIQUE ET DU MEDICAL

Nous avons choisi de rassembler les différents dispositifs psychothérapeutiques en une seule catégorie importante. En effet, généralement, les personnes interviewées n'ont pas fait la différence entre le psychologue rencontré en cabinet privé, à l'hôpital lors d'un sevrage, ou en traitement résidentiel à long terme : la fonction est apparue comme transversale à ces dispositifs, et il nous a paru logique de respecter cette transversalité. Nous nous sommes donc penchés sur la fonction générale du psychologue, quel que soit le dispositif dans lequel ce psychologue officie. Nous nous sommes aussi aperçus que d'autres caractéristiques propres aux dispositifs faisaient fonction identique à celle du psychologue. Ainsi, dans une communauté thérapeutique, ce n'est pas que lorsque la personne se trouve en entretien avec le psychologue qu'elle est amenée à parler de soi : elle peut le faire aussi avec une personne référente, cette personne pouvant être éducateur et non pas psychologue. En outre, la communauté en elle-même a véritablement un rôle de 'medium' poussant à l'expression de soi et de ses souffrances. Enfin, de nombreuses personnes témoignaient d'une relation 'psychologique' entre elles et leurs médecins prescripteurs de méthadone. Nous avons donc opté pour un rassemblement de cette fonction sous une même catégorie, assez importante, à savoir celle du psychothérapeutique.

Toutefois, une remarque importante est à souligner : la première est que, lorsque des nuances cruciales entre dispositifs étaient à souligner, nous nous sommes efforcés de le faire. Ainsi donc, si la personne témoigne d'une différence fondamentale dans la relation qu'elle a avec son psychologue en cabinet privé et en institution spécialisée, nous avons forcément conservé cette distinction intacte.

Nous avons opté pour la même méthode pour l'autre sous-catégorie importante, à savoir la catégorie médicale. Si, généralement, elle renvoie à la prescription de méthadone, nous y avons aussi inclus le sevrage en hôpital, ou celui effectué par un médecin généraliste. Encore une fois, cela n'exclut pas les nuances, notamment selon les objectifs de la personne traitée à la méthadone : que ce soit à visée abstinentielle, ou simplement dans le but d'une gestion à long terme de sa consommation, nous en avons forcément tenu compte.

Enfin, il est clair que certains acteurs ou dispositifs se retrouvent tout aussi bien dans la catégorie psychothérapeutique que médicale. C'est par exemple le cas du médecin qui se voit, très souvent, investi en même temps du rôle médical de prescripteur de méthadone, mais aussi du rôle psychothérapeutique de 'psychologue'.

7.4.2 DES SOINS INSTITUTIONNALISES ET DES SOINS ALTERNATIFS

Très vite, nous avons perçu l'importance de prendre en compte le recours à des soins alternatifs, ou à des ressources dont pouvaient user les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, pour tenter de gérer, voire d'arrêter leur consommation de drogues. Ce recours à des soins alternatifs consistait notamment en un retour au pays d'origine, en une auto-gestion de la consommation, ou encore en un recours au mariage ou à la religion. t ne pouvions pas ignorer ce matériau important, puisque ce recours alternatif pouvait se substituer au recours aux soins institutionnalisés. Nous avons donc distingué d'une part l'offre de soins institutionnalisée, et d'autre part, les soins alternatifs, puisque ces derniers semblaient pouvoir apporter des réponses pertinentes aux problématiques des personnes rencontrées.

7.4.3 DES ADJUVANTS ET DES FREINS

Par après, nous avons cherché à distinguer les facteurs freinant l'accès aux soins, de ceux qui, au contraire, le stimulent : les 'freins' et les 'adjuvants', ou les 'belemmerende' et les 'stimulerende elementen'. En effet, le but fondamental de l'étape qualitative de la recherche était d'identifier les barrières à l'accès et à la rétention aux soins pour les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère.

Mais très vite, il est apparu nécessaire de mettre en tension les freins avec les adjuvants à l'accès et à la rétention aux soins. Car la plupart du temps, la personne connaît en même temps des adjuvants et des freins dans son accès et sa rétention aux soins : ainsi, elle peut être prise en tension, entre d'une part la volonté d'entamer une thérapie résidentielle, et d'autre part le désir de rester auprès de son partenaire. Un exemple est celui des règles strictes de la vie en communauté thérapeutique, qui constituent pour certains une aide à la résolution de leur problème, alors que pour d'autres, ces règles constituent exactement ce qui leur rend impossible l'accès à la communauté thérapeutique. Ainsi donc, les freins ne peuvent être étudiés sans se pencher sur les adjuvants, et inversement, puisqu'ils constituent une tension fondamentale, un continuum sur lequel évolue constamment l'usager de drogues en recherche d'aide.

7.5 STIMULERENDE ELEMENTEN DOORHEEN DE ZORGTRAJECTEN

In dit deel bekijken we de bijdragen van de respondenten wat betreft de elementen die het zorgtraject op een positieve manier beïnvloeden; wat draagt ertoe bij het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod in te stappen en deze programma's vol te houden of hieraan alternatieve mechanismen toe te passen in een poging het druggebruik onder controle te brengen of achterwege te laten?

7.5.1 STIMULERENDE ELEMENTEN IN TOEGANG TOT EN VERDER VERLOOP IN HET GEÏNSTITUTIONALISEERDE ZORGAANBOD

7.5.1.1 Percepties rond producten en gebruikswijzen

Doorheen de interviews bleek dat een gebrek aan informatie en de specifieke percepties over producten voornamelijk belemmerende elementen zijn in het zorgtraject (zie *infra*). Vooraleer een druggebruiker de stap naar de drughulpverlening vrijwillig zet, moet deze immers het **gebruikspatroon** als **problematisch** beschouwen. Wanneer de respondenten zichzelf percipiëren als **autonome beslissende wezens** en zichzelf dus sterker inschatten als het product, zien zij voor zichzelf de mogelijkheid te kiezen voor een drugvrij leven:

“Het zijn de mensen die kiezen; ofwel leven die voor [hun] toekomst ofwel voor heroïne” (Man, 24 jaar, Marokkaanse origine).

Bij het doen van navraag naar de gebruikswijze benadrukt een aantal respondenten nooit **intraveneus** te hebben gebruikt. Wanneer wel intraveneus wordt gebruikt, wordt dit opgevat als een teken dat het druggebruik uit de hand loopt en betekent dit vaak de opstap naar de hulpverlening:

“En ik heb nooit van mijn leven geshot; de laatste maand was ik aan het shotten. Dus dat is een slecht teken. (...) Ik had geen keuze, ik moest gewoon stoppen” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

7.5.1.2 Het zorgaanbod

1) “Savoir, c’est pouvoir”

Wanneer druggebruikers **weet** hebben van het drughulpverleningsaanbod hebben ze de mogelijkheid dit aanbod ook effectief op te zoeken:

“Ah ici, je suis venu de moi-même. (...) Je n'ai même pas dû chercher parce qu'avant de sortir de prison, je connaissais l'endroit” (Man, 41 jaar, Marokkaanse origine).

De **informele sociale netwerken** zijn de meest frequentste bronnen van informatie, waarbij het vooral druggebruikers onderling zijn die elkaar op de hoogte brengen van het bestaan van het zorgaanbod en elkaar de toegangsprocedures en inhoud van het aanbod uitleggen:

“Ah ja, door het feit dat als ge gebruiker zijt, en een andere is ook gebruiker, en die andere zit er al in (...) omdat ge in het milieu zit” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Ook familieleden worden in deze context vernoemd. Bovendien zijn informele netwerken niet enkel bronnen van informatie, maar ook een ondersteuning bij het zetten van de stap naar de hulpverlening:

“J'y ai été, il m'a amené même” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

Informatie wordt echter ook op **organisatieniveau** ingewonnen: ambulante centra worden als informatiekanaal aangewezen, waarbij deze zorgvoorzieningen druggebruikers inlichten over het residentiële zorgaanbod, hen doorverwijzen en hen bijstaan in het zoeken van toegang tot deze instellingen. Tot slot vond een aantal respondenten de weg naar de drugspecifieke hulpverlening via het algemene zorgaanbod, met name via de huisarts en het algemene ziekenhuis:

“Dan ben ik naar het ziekenhuis gegaan, ik ben dan vaneerst ben ik hier [residentiële drugspecifieke setting] terechtgekomen” (Man, 25 jaar, Marokkaanse origine).

In vergelijking met vroeger wordt volgens de geïnterviewden reeds **meer informatie** verstrekt waardoor de eerste stap naar het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod gemakkelijker wordt gezet:

“Meer en meer, ik vind dat goed dat, er wordt meer en meer informatie over gegeven” (Man, 32 jaar, Marokkaanse origine).

Wanneer de respondenten meer kennis hebben over het zorgaanbod, kunnen ze een **afweging** maken en kiezen voor die voorziening die het beste aansluit bij hun hulpvraag, waarbij onder meer het voorschrijfgedrag inzake methadon en de administratieve mogelijkheden mee ter overweging worden genomen:

“Ik heb gehoord dat die Y [ambulant centrum] meer aanbiedt. Ge kunt methadon op- euh, afbouwen en de sociale dienst van hier [ambulant centrum] kan zij jou meer helpen om papieren terug te krijgen” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

De respondenten putten tevens informatie uit de eigen ervaring; de meeste bevraagden hebben immers meerdere hulpverleningsinitiatieven doorlopen en kunnen de mogelijkheden dan ook **vergelijken**:

“Als ge met uw vriendin zijt, in A [residentieel centrum]. Zonder vriendin, dat is moeilijk te zeggen, waar ge het beste geholpen kunt worden. Dan is dat de TG, in de TG wordt ge het beste geholpen. De TG, B, C, D; dat maakt niet uit waar ge bent” (Man, 37 jaar, Marokkaanse origine).

Bij het kiezen tussen een alternatieve aanpak dan wel voor het geïnstitutionaliseerde, westerse aanbod, speelt **vertrouwen in het systeem** mee. Wanneer men gelooft in het systeem, ligt de weg naar het zorgaanbod open:

“Allé dat kan misschien raar klinken eh, maar Turken vertrouwen Vlamingen meer dan dat ze elkaar vertrouwen. (...) Die hebben zo een blindelings vertrouwen eh; dat is ongelooflijk. De Marokkaanse gemeenschap ook ze. (...) Ik heb er het blinde vertrouwen in, ik weet ook dat er problemen zijn (...) Maar in het algemeen, ik geloof in dat systeem, dat werkt op de één of andere manier. (...) Maar zolang dat wij onder Vlaamse hoede zijn, voelen wij ons veilig” (Man, 36 jaar, Turkse origine).

2) Wat van een hulpverlener een goede hulpverlener maakt

Of het nu over de opvoeder, dokter, psycholoog of een andere zorgverstreker gaat, allen zijn belangrijke figuren die door hun manier van werken de waardering en het verloop van het zorgtraject beïnvloeden:

“Dat is de aanpak eigenlijk altijd, allé de aanpak heeft eigenlijk altijd een grote rol in zo een situatie...” (Man, 29 jaar, Marokkaanse origine).

Alle respondenten hadden wel iets te vertellen over hun ervaringen met de hulpverleners, hun rol en positie. Zo wordt spontaan door een aantal respondenten aangehaald veel **steun** te hebben gekregen van de hulpverleners. Dit gaf hen de kracht door te bijten. Doorheen de getuigenissen werden verschillende **eigenschappen** en **kwaliteiten** aangereikt die in de ogen van de respondenten een hulpverlener tot een goede hulpverlener maken. Zeer vaak gaat het om zaken die verwijzen naar een niet veroordelende en open houding waardoor de respondent zijn verhaal kwijt kan – zelfs bij herhaal – en zich begrepen voelt. Hierbij speelt het geslacht van de hulpverlener geen rol:

“We kunnen goed met elkaar praten en zo. En dat is een vrouw, een meisje” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

Verschillende respondenten illustreren in hun relaas het belang van vertrouwen en eerlijkheid. Maar vooral het krijgen en geven van respect is van belang en wordt benadrukt door verschillende geïnterviewden:

“N'importe quel, même, il faut que je les respecte, ils me respectent” (Man, 41 jaar, Marokkaans origin).

Wanneer cliënten zich kunnen **identificeren** met het personeel faciliteert dit de opbouw van een relatie en bevordert dit retentie. Naast de herkomst van de hulpverleners kwam ook hun (levens)ervaring in dit verband meer dan eens aan bod. **Ervaringsdeskundigen** vormen hierbij een goed voorbeeld dat het mogelijk is om drugs de rug toe te keren, wat motiveert en aanmoedigt, zelfs in de moeilijkste periodes:

“Qu'est-ce qui m'a encouragé ? En fait, c'était les staffs qui ont fait le programme, qui étaient aussi toxicomanie” (Man, 40 jaar, Marokkaanse origine).

Deze positieve perceptie van ervaringsdeskundigen wordt gedeeld door de ervaringsdeskundigen zelf:

“Je lui ai expliqué que moi aussi (...) j'ai réussi à m'en sortir et tout (...) C'est un exemple qu'il y a moyen quoi, ça encourage les gens, ils croient plus, parce que la preuve elle est là, elle est là, c'est vivant, c'est pas écrit ou quoi que ce soit, mais là, l'exemple il est là. Ça encourage les gens” (Man, 40 jaar, Marokkaanse origine).

De **herkomst** en **achtergrond** van de hulpverleners werd tijdens de interviews regelmatig besproken. Een minderheid heeft een voorkeur voor autochtone hulpverleners; de meerderheid verkiest een zorgverstreker die ook behoort tot de Turkse of Marokkaanse etnisch-culturele minderheid. Deze voorkeur hangt samen met de beleving van de geïnterviewden dat ze met hulpverleners behorend tot eenzelfde etnisch-culturele minderheid gemakkelijker kunnen praten en omdat ze zich beter begrepen voelen door hen:

“Le discours est plus facile quoi, le discours est plus facile. Je dois moins expliquer, je dois moins... Et alors, on peut aller plus vite à l'essentiel peut-être...” (Man, 34 jaar, Marokkaanse origine).

De culturele dimensie speelt hier een rol en er wordt gewezen op specifieke aspecten die samenhangen met het migratiegebeuren: iemand die niet behoort tot een groep die zelf migratie meemaakte, kan dit ook moeilijk begrijpen:

“Ils connaissaient rien à la condition immigrée, on va dire, pour simplifier, (...) de l'ethnopsychiatrie ou psychologie. Mais, en tout cas, il y a des problèmes spécifiques aux arabo-musulmans, aux turcs spécifiques aussi, (...) Je sais pas comment ils peuvent se démerder avec ça, c'est leur job mais euh...” (Man, 34 jaar, Marokkaanse origine).

Eén van de respondenten linkt dit rechtstreeks aan religie, waarbij hij aangeeft dat een katholieke persoon niet zo'n goede verstaander is in vergelijking met een Moslim:

“Een katholieke persoon die gaat dat niet zo rap verstaan of zo. Maar als er een Moslim of zo was kunde er gemakkelijk mee babbelen en ge kunt dat gemakkelijk naar voren brengen” (Man, 33 jaar, Turkse origine).

In dit kader vertelt een andere respondent over een externe persoon met eenzelfde culturele en religieuze achtergrond die de respondent hielp bij het beter begrijpen van de inhoud van een bepaalde hulpverleningsvorm:

“Eerst had ik gesprek met X [autochtone hulpverlener]. Ik had dat niet zo goed begrepen zo... Maar daarachter is Y [externe behorend tot een gelijkaardige etnisch-culturele minderheid] gekomen en hup, ik begon zo al een beetje beter te begrijpen...” (Man, 24 jaar, Marokkaanse origine).

Het belang van identificatie met de hulpverleners trekt zich door naar andere minderheidsgroepen: ongeacht het stigma van de groep, indien men geen ‘insidekennis’ heeft, is het moeilijk zich in te leven, waardoor het vertrouwen van de cliënt in de bekwaamheid van de hulpverlener in het gedrang komt:

“Si j’étais homo, c’est la même chose, je veux dire, ou obèse ou euh... Peu importe le stigmaté à la limite, si on n’a pas une connaissance plus fine ... De son vécu, surtout en matière de psychologie, c’est vachement plus dur quoi” (Man, 34 jaar, Marokkaanse origine).

Ook de aard van de **relatie** die wordt opgebouwd met de hulpverleners komt in de interviews aan bod. Als gelijkwaardige behandeld worden zorgt voor een positieve appreciatie van de relatie:

“Dat is niet zo een band van, van hulpverlener en hulpbenodigde. Nee, het is een gelijkwaardige band; ik heb mijn problemen, ik ben niet perfect, gij ook niet” (Man, 47 jaar, Marokkaanse origine).

Soms wordt de relatie ervaren als een vriendschap. Dit beïnvloedt de beoordeling van de professionele kwaliteiten van de hulpverlener in positieve zin:

“C’est un ami; c’est un très bon médecin” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

Sommige relaties worden zelfs omschreven als familiale banden. Uit dit alles blijkt dat een goede band tussen cliënt en hulpverlener **retentie** en **programmatrouw** in de hand werken:

“C’est pour ça que, maintenant, je n’ai pas envie de faire de connerie, et je n’ai pas envie d’être renvoyé. J’ai envie de terminer mes médicaments, ma méthadone avec ce médecin, et que lui-même, un jour, me dise : ‘Tu t’en es sorti’” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

3) Over het interne beleid en de reglementering maar bovenal over individualisering

Wanneer we de opvattingen over de gang van zaken binnen de centra bekijken, zien we dat deze niet alleen uiteenlopen, maar soms zelfs aan elkaar tegengesteld zijn. Gezien de grote diversiteit aan vermelde opvattingen dienen we te concluderen dat dit voornamelijk een **individuele kwestie** is. Een aantal voorbeelden om dit te illustreren: Sommige respondenten opteren voor een streng beleid en het opstellen van duidelijke regels, eventueel in contractvorm. Verschillende respondenten genoten van het gestructureerde leven binnen de residentiële setting dat hen toeliet zich een gezondere levensstijl eigen te maken:

“Les heures vraiment fixes, le manger vraiment sain (...) ça faisait du bien” (Man, 38 jaar, Turkse origine).

Anderen verkiezen een liberaler klimaat waarin keuzevrijheid centraal staat. Voldoende ontspanning en activiteiten buiten de setting worden op prijs gesteld en zijn extra motivaties om de programma’s vol te houden:

“Je wordt beloond omdat je het hebt gepresteerd niet te gebruiken! En dan was dat ofwel kajakken, in Brugge, bergklimmen, elke week... En toen heb ik terug van mijn nuchter leven beginnen houden. Aangenaam... zonder dat zou dat niet gelukt zijn” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Door een aantal geïnterviewde mannen wordt de reglementering en de controles omtrent het gebruik van **drugs** in de settings positief gewaardeerd – hierdoor zijn drugs afwezig, wat als een bescherming wordt gepercipieerd en helpt om abstinente te blijven:

“Ja, ja, in X [residentiële setting], zolang ik in X ben, ben ik clean. (...) Daar komt zeker geen drugs binnen want ge wordt daar elke dag gecontroleerd.(...) Daar ben ik wel veilig” (Man, 37 jaar, Marokkaanse origine).

Naar het algemene beleid toe wordt door verschillende respondenten gewezen op een **anti-racistisch beleid** waardoor ze zich door de instelling als organisatie gerespecteerd voelen:

“Uitsluitingsregels voor andere medebewoners die racistische opmerkingen maken. [Die] kunnen [een] gele kaart krijgen of op ontslag gebracht worden; [een] negatief contract dus. (...) Dus ze hebben daar allemaal wel respect voor. Ik apprecieer dat echt enorm” (Man, 26 jaar, Turkse origine).

Bovendien wijzen verschillende respondenten expliciet op het belang van het rekening houden met en aanpassingen doorvoeren naargelang de **individuele noden en behoeften**. De getuigenissen hierover zijn opnieuw gevarieerd en wijzen onder meer op een belangrijke mate van flexibiliteit naargelang de concrete

situatie. Een doktersbezoek kan bijvoorbeeld snel afgehandeld worden of uitlopen naargelang de wens van de druggebruiker om over zijn problemen te praten:

“Des fois, ça m'arrive comme ça, je dis ‘Docteur, franchement je n'ai pas envie de discuter.’ (...) Il y a des fois, il me laisse beaucoup plus, et il y a des fois, même dans les 2 minutes c'est fait” (Man, 41 jaar, Marokkaanse origine).

Ook het formuleren van haalbare doelstellingen op korte en middellange termijn wordt in deze context vermeld, net als flexibiliteit op langere termijn en het uitwerken van een aangepast programma:

“J'ai été une troisième fois, où j'ai fait un programme on va dire adapté, ‘un programme semi-directif’, ils ont appelé ça, et euh... et ma fois celui-ci euh a bien fonctionné” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Andere respondenten suggereren een verschillende **aanpak naargelang de groep**. Zo meent één van de geïnterviewde mannen dat een strenge aanpak geschikt is voor jongere cliënten maar niet meer voor de al wat ouderen:

“Dat is goed voor jongeren, die 25 jaar zijn, die hebben er misschien die harde aanpak nodig. (...) Maar voor iemand die al 37 jaar is, ik heb die harde aanpak niet meer nodig” (Man, 37 jaar, Marokkaanse origine).

Een andere bevroagde pleit voor specifieke hulp voor druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid en dit omwille van culturele verschillen; ze zijn vrijheid immers niet gewend en hebben meer nood aan gedirigeerde hulp:

“Wij (...) Turkse gebruikers of Marokkaanse gebruikers hebben specifieke hulp nodig. (...) Wij zijn vrijheid niet zo gewend (...) In onze cultuur worden wij constant gestuurd (...) Meer gedirigeerde hulp” (Man, 36 jaar, Turkse origine).

Voornamelijk de **medicamenteuze behandeling** laat een verregaande individualisering toe. Ontwikkelingen op andere levensterreinen kunnen dan ook in rekening worden gebracht door de dosis methadon aan te passen of aan te vullen met andere medicatie:

“Et après, il y a eu l'enfant, et là, on a vraiment commencé à diminuer” (Homme, 35 jaar, Turkse origine).

Eén van de bevroagden geeft aan dat hij liever niet weet op welk niveau methadon hij staat omdat hij het dan minder moeilijk vindt. Soms wordt een rustig afbouwschema verkozen om zo de kans op herval te verkleinen, terwijl andere respondenten juist zo vlug mogelijk methadon willen afbouwen:

“Même le médecin, il disait : ‘Il ne faut pas aller trop vite, c'est pas bien tout ça’. Et moi, j'ai dit : ‘Non, je veux descendre’. Et après cinq semaines, c'était fini” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Het voorschrijven van de medicamenteuze behandeling laat ook flexibiliteit toe op andere vlakken: de geografische locatie (op het platteland of in de stad), het type voorziening (een drugspecifiek centrum, de huisarts of in de gevangenis), de mate van psychosociale begeleiding en het tijdstip:

“Pour moi, c'était plus simple, parce que ça m'arrangeait mieux, parce que je pouvais y aller quand je voulais” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Het verlenen van inspraak in de medicamenteuze behandeling manifesteert zich in sommige gevallen als een samen construeren van de behandeling. Dit is niet verwonderlijk gezien de cliënten zelf ook kennis opbouwen over de mogelijkheden die medicamenteuze ondersteuning biedt:

“J'ai dit : ‘Voilà, j'ai envie d'arrêter de boire, voilà, j'ai besoin de ça, ça, ça, ça et ça’. Lui, naturellement, il a contrôlé” (Man, 48 jaar, Marokkaanse origine).

4) Taal en communicatie

Het goed **beheersen van de taal** is een pluspunt in het kader van therapieën. Niet enkel gezien de inzichtelijke aard van de behandelprogramma's waarbij communiceren een belangrijk element is, maar ook voor de verstandhouding tussen de verschillende cliënten:

“Nee, bij mij is dat, ik praat goed Nederlands, ik versta zelfs dialecten (...) Dat is mijn voordeel, dat ik goed Nederlands praat” (Man, 37 jaar, Marokkaanse origine).

Naast het spreken van de taal is ook de manier van communiceren belangrijk; voornamelijk een open en ongedwongen **communicatie** wordt positief geëvalueerd. Wanneer een cliënt openlijk kan praten over eventuele terugvallen wordt dit op prijs gesteld:

“Maar ik zeg dat zonder problemen. Als ik gebruik, ik ga naar hen” (Man, 41 jaar, Marokkaanse origine).

Ook het praten over het druggebruik zelf en de effecten van de producten kan als positief ervaren worden:

“Dat is goed, die die mensen helpen mensen over drugs praten” (Man, 41 jaar, Marokkaanse origine).

7.5.1.3 Politie en justitie als ‘gates’ naar de reguliere drughulpverlening

“La justice essaye de faire quelque chose pour moi...” (Man, 40 jaar, Marokkaanse origine).

De meeste respondenten getuigen in de loop van hun leven in aanraking te zijn gekomen met het gerechtelijke apparaat (37/44) en bovendien vormden deze contacten veelal ‘gates’ naar het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod. Een eerste actor die vermeld wordt is de **politie**, zij kunnen immers in het uitvoeren van hun taken druggebruikers doorverwijzen naar de drughulpverlening:

“Een dealer werd opgepakt en ik kwam daar juist mijn gerief halen en zo ben ik mee moeten gaan met de politie. En zij hebben mij doorverwezen naar het X [ambulante centrum] en ik ben naar het X gegaan...”
(Man, 33 jaar, Turkse origine).

Ook de (**jeugd**)**rechter** kan fungeren als een ‘gate’ naar de drughulpverlening en eens in de **gevangenis** helpt de psychosociale dienst druggebruikers op weg naar de hulpverlening:

“Daar is een sociale dienst, de PSD en die hebben ook gezegd dat dat beter is voor mij...” (Man, 27 jaar, Marokkaanse origine).

Een respondent vertelde hoe hij in de gevangenis een gesprek had met een vertegenwoordiger van een instelling die hem op de hoogte bracht van het aanbod en de inhoud van de aangeboden programma’s:

“Op de eerste plaats, allé daar was iemand geweest van het programma van X, die bij mij langsgekomen is ginder in de gevangenis en een gesprek gedaan heeft” (Man, 32 jaar, Marokkaanse origine).

Het volgen van therapie als **probatievoorwaarde** werd meer dan eens aangegeven; het is de frequentst vermelde justitiële ‘gate’. In dit kader vernoemen we tot slot de persoonlijke contacten met de probatie- en justitieassistenten:

“Ja, voor de eerste keer, dat is door justitie en al, eh. (...) Heb ik dan contact gekregen met mijn justitieassistent. Die zegt tegen mij: ge moet u laten opnemen. Ik heb me dan laten opnemen” (Man, 24 jaar, Marokkaanse origine).

7.5.1.4 Op het persoonlijke niveau

1) Motivatie en aanleiding

“Maar dat was niet mijn eigen wil, zoals deze keer. Deze keer heb ik zelf gekozen, ik wil echt genezen”
(Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

Gezien intrinsieke en extrinsieke motivatie in de vakliteratuur in verband gebracht worden met retentie en outcome, is het belangrijk – gezien de probleemstelling van dit onderzoek – bij de gerapporteerde motieven en concrete aanleidingen stil te staan (Ryan, Plant & O’Malley, 1995; Stark, 1992). Een brede waaier aan motieven en aanleidingen wordt vermeld: enerzijds herkennen we interne en externe motieven, anderzijds zijn de drijfveren soms rechtstreeks gelieerd aan het druggebruik, soms onrechtstreeks.

Veelbetekende momenten of ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de respondenten stemmen tot nadenken waarna de beslissing wordt genomen het gebruikspatroon te veranderen. Ondanks een grote diversiteit in de aard van deze gebeurtenissen, blijkt het overlijden van bevriende druggebruikers voor verschillende respondenten een sleutelmoment:

“Ik heb ook vrienden kwijt gespeeld, allé niet ene, maar echt veel vrienden die een overdosis hebben gekreg... allé hebben gehad enzo. Dat is allemaal eigenlijk een lesje voor ons. Daar kunnen wij iets gelijk alleen van uit leren. Dan begin je zo na te denken, want ik, allé ik wil eigenlijk niet zo sterven, allé, niet die weg” (Man, 29 jaar, Marokkaanse origine).

Op een bepaald punt raken sommige druggebruikers hun **levensstijl** moe en zetten ze de stap naar de drughulpverlening. **Financiële overwegingen** zijn voor een aantal respondenten de beweegreden om in te stappen in een ambulante of residentiële programma. Ook **fysieke complicaties** worden als reden genoemd voor het controleren van het druggebruik. Een andere motivatie die wordt aangegeven is het gegeven dat men clean naar het **land van herkomst** wil kunnen vertrekken en daarom eerst wil ontwennen. Dit hangt samen met het feit dat men wil verhinderen dat de familie in het land van herkomst de druggebruiker ziet ontwennen, waarmee men ook de hiermee gepaarde gaande schaamtegevoelens tracht te vermijden. De **familie** is een belangrijke waarde onder de respondenten, waardoor hun vaak afkerende houding tegenover druggebruik een aanmoedigende factor vormt in het stoppen met druggebruik. Ze moedigen niet alleen aan, soms vormen familieleden zelfs de rechtstreekse aanleiding waarom de stap naar de hulpverlening wordt gezet. De familie niet willen verliezen kan immers een sterke motivatie zijn en ook de echtgeno(o)t(e) kan druk uitoefenen waardoor een opname wordt aangevat:

“Ze zegt dat ze ging scheiden en dat ze weg was. (...) Maar dat was in feite de grootste duwke dat ze mij gaven dus om eraf te blijven” (Man, 33 jaar, Turkse origine).

Angst om door het druggebruik opnieuw in aanraking te komen met het **gerecht** en hierdoor de kans op het verkrijgen van de Belgische **nationaliteit** te mislopen kan motiverend werken. Ook het aanvaarden van het volgen van een therapeutisch programma als **probatievoorwaarde** om een langere gevangenisstraf te ontlopen wordt gerapporteerd:

“Dus, hoeveel was dat? Twee jaar denk ik, van waar ik één jaar moest zitten. Ik zag dat niet zitten. (...) Dus ja, ik ben met die persoon naar de commissie geweest. (...) Ge moet ze echt overtuigen. Ik heb dat, het is me gelukt. (...) Er zijn dus veel gasten die daarvan profiteren eigenlijk. En ik heb zo iets gehad van, ik ga dat niet doen. Ik ga, allé, het is, tenslotte is het voor mijn eigen, het is niet voor jullie dat ik het doe. Het is niet, het is mijn eigen leven, dus. Ik heb gezegd ja, ik heb mij dan laten opnemen en ik heb mijn programma volledig volgehouden” (Man, 32 jaar, Marokkaanse origine).

Dit citaat illustreert hoe motivatie zich op een continuüm bevindt en externe motivatie kan uitmonden in interne motivatie. Het vooruitzicht een **leven** op te bouwen en in het **huwelijk** te treden werd door verschillende respondenten genoemd:

“Het is verleden. Nu werken aan de toekomst. (...) Ik moet mijn familie hebben, kinderen, vrouw... een toekomst opbouwen” (Man, 33 jaar, Marokkaans).

Een huwelijk kan door de ouders in het vooruitzicht gesteld worden als stimulans om het programma vol te houden. Een residentieel programma kan ook worden opgestart als een **vlucht** uit de dagelijkse sleur, als een mogelijkheid om op adem te komen en na te denken hoe het verder moet in het leven:

“J'ai été quelques mois, pour dire d'arrêter de prendre de la came, de faire un peu de recul, penser ce que j'allais faire avec ma famille en fait” (Man, 30 jaar, Turkse origine).

Met betrekking tot drop-out en herval blijkt er zich doorheen iemands zorgtraject gekenmerkt door verschillende opnames en programma's geleidelijk een zeker **inzicht** te ontwikkelen. Als de respondent zich niet in staat voelt het programma aan te kunnen, lijkt dit bovendien op voorhand gedoemd om te falen.

“Ge moet ook klaar zijn voor zulk engagement aan te gaan natuurlijk” (Man, 36 jaar, Turkse origine).

De meerderheid van de bevroegden brengt herval in verband met extrinsieke motivatie. Het geloof dat een programma zal slagen, hangt samen met de keuze om het programma volledig vanuit zichzelf in te stappen:

“De eerste opnames waren meestal voor mijn ouders en voor mijn vriendin en al, ex-vriendin. Nu is dat meer voor mijn eigen” (Man, 26 jaar, Turkse origine).

2) Steunfiguren, programmatrouw en retentie

Wanneer de geïnterviewden de stap naar de drughulpverlening gezet hebben, speelt de steun die men ervaart een rol in het verdere verloop van het zorgtraject. **Vrienden en kennissen** die aanmoedigen, sterken de respondenten vol te houden, maar toch is voornamelijk de **familie** een steunpilaar eens het druggebruik de rug wordt toegekeerd:

“Maar eh, maar bijvoorbeeld bij allochtonen, als die wil stoppen (...) in één keer is heel de familie daar” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Nagenoeg alle respondenten vertellen hoe, eens ze stappen ondernamen om te stoppen, ouders, broers en zussen en hun partner hen aanmoedigen en ondersteunen.

Door een aantal respondenten wordt verteld hoe de residentieële setting de familie bij het behandelingsproces betreft. Zeker in het licht van het belang van familiale relaties is dit geen onbelangrijk gegeven: waar gewerkt wordt met **steunfiguren uit de familie** wordt dit positief geëvalueerd daar dit het mogelijk maakt deze relaties te herstellen:

“Maar hier werken ze met steunfiguren, hier in de kliniek en elke maand komt er een steunfiguur van de familie. En zo is die relatie beetje bij beetje in orde gekomen en ja nu gaat het perfect” (Man, 36 jaar, Marokkaanse origine).

Het **informereren van de ouders** over drugs en mogelijke producteffecten, opdat deze een beter begrip zouden hebben van wat druggebruikers doormaken, draagt hiertoe bij.

Er wordt niet enkel kracht geput uit de sociale netwerken buiten de centra; ook andere **zorggebruikers** vervullen hier een rol. Een cliëntengroep die op dezelfde golflengte zit en die tracht het druggebruik onder controle te houden heeft een ondersteunende werking. Verschillende respondenten geven aan hoe cliënten er voor elkaar zijn en hoe dit hun beleving van het residentieële programma positief heeft beïnvloed:

“En de bewoners, wij zijn als een familie, als één lichaam. Als er iets is met mij, die merken dat... Als ze merken je loopt slecht, of je hebt wat, je bent niet oké, die vragen...” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

In dit kader geeft een aantal respondenten aan een voorkeur te hebben voor een cliëntengroep waarin meer mensen vanuit een etnisch-culturele minderheid vertegenwoordigd zijn omdat dit het verblijf in een residentieel programma aangenamer zou maken. Eén van de respondenten zou zelf liever in een groep zitten met enkel druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid omdat die elkaar beter zouden begrijpen:

“Ik vind dat er meer zo groepen moeten zijn met allochtonen, hup dat ze samen kunnen werken. Die verstaan beter elkaar, die begrijpen beter elkaar” (Man, 24 jaar, Marokkaanse origine).

Wanneer andere (ex)-gebruikers na een behandeling in staat blijken van de drugs te blijven fungeren zij bovendien als **rolmodel**:

“Dus ik had iets van een, allé, die kan dat, dus. Er bestaat iets dat helpt om daar van af te blijven, dus daar is iets waardoor dat ik denk, van ja, ik kan mijn eigen helpen” (Man, 32 jaar, Marokkaanse origine).

3) Over prognose, nazorg en reïntegratie

Verschillende respondenten geven doorheen hun relaas hun ideeën weer over hoe en waarom op lange termijn successen worden geboekt. Ondanks het feit dat verschillende geïnterviewden vertellen dat ze de programma's vroegtijdig verlieten, wordt aangegeven dat het **volledige programma** volgen een goede prognose in de hand werkt. Eens de lichamelijke ontwenning achter de rug is, moet er intensieve **psychologische begeleiding** komen opdat ze psychisch sterk genoeg staan om ook in de buitenwereld 'nee' te zeggen tegen drugs:

“Maar die man of de jeugd heeft dat nodig gans de week, totdat die psychisch ervan afgekickt is, totdat die vergeet de nummers in zijn hoofd van de dealers” (Man, 37 jaar, Turkse origine).

Continuïteit van de ondersteuning in de vorm van **nazorg** wordt door één van de geïnterviewden rechtstreeks aangewezen als de reden waarom hij deze keer nog niet hervallen is:

“La différence, cette fois-ci, c'est que j'ai mis quelque chose en place. (...) On m'a dit 'X, c'est pas parce que t'as fait un programme que tu peux pas être suivi à l'extérieur par un psy ou truc comme ça', et ça j'ai mis ça en place” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Nagenoeg elke respondent geeft aan dat het gebruik en/of hervat samenhangt met het hebben van 'slechte contacten'. In die zin opperen verschillende participanten **persoonlijke contacten** te zullen verbreken, bepaalde kennissen niet meer op te zoeken of andere contacten te zullen leggen:

“C'est toujours faire attention ne pas marcher avec les gens qui prennent de l'héroïne ou de cocaïne. Ce gens là il faut laisser. Il faut jamais, mon conseil que je donne, il faut laisser. Qui veut bien vivre sa vie, il doit laisser les copains” (Man, 49 jaar, Marokkaanse origine).

Ook controle vanwege de **familie** en dus een heropname in het familiale milieu helpen om hervat te voorkomen. Op een meer uitgebreid niveau wordt reïntegratie in de **gemeenschap** in deze context vermeld. Aanvaard worden in de gemeenschap en van daaruit ondersteuning krijgen sterkt de ex-gebruiker vol te houden:

“Maar als die in een goede vaste kring zit en zo en die mens, als die er niet is of zo, en als die niet aanwezig is, hij wordt gebeld en zo. Dan voelt die hem, van kijk, ik ben waard en ze denken ook aan mij. Dan kiest die meer voor de mensen dan voor de drugs of andere dingen” (Man, 37 jaar, Turkse origine).

7.5.1.5 Medicamenteuze behandeling: roesmiddel of medicijn?

De meerderheid van de respondenten rapporteert methadongebruik (32/44). Sommigen onderlijnen het gemak waarmee dit middel kan bekomen worden, zowel in gespecialiseerde instellingen als bij huisartsen. Verschillende gebruiksdoeleinden en -wijzen komen in de loop van de interviews aan bod (als vervangingsproduct, als middel ter ondersteuning met het oog op abstinentie en als roesmiddel voor eigen gebruik of voor verkoop). Om in te stappen in de filosofie van een medicamenteuze behandeling met methadon moet de respondent dit product dan ook zelf **percipiëren** als een medicijn. Eén van de respondenten vertelt dat het niet evident was deze zienswijze duidelijk te maken aan de familie – voor hen was methadon een roesmiddel.

“Moi, je leur ai fait comprendre, celle-là, ce n'est pas de la drogue” (Man, 27 jaar, Marokkaanse origine).

Eens de familie methadon als een medicament beschouwt, heeft dit een positieve invloed op de behandelingstrouw van de respondent. Via methadon het druggebruik onder controle trachten te brengen, wordt ook vermeld als **tussenstap** naar of ter **voorkoming** van een meer langdurige vorm van hulpverlening:

“Misschien, ik hoop... later, ik hoop... ik zal proberen met, met afbouwen hier, bij X [ambulant centrum] in de X... afbouwen dan... en als ik mij niet goed voelen, dan moet ik terug naar de Y [residentieel centrum]” (Man, 47 jaar, Marokkaanse origine).

De gekende **effecten** van de medicatie die het afkickproces aangenamer maken en de wetenschap dat deze medicatie in bepaalde centra beschikbaar zijn, maken de stap naar dat specifieke aanbod kleiner:

“Daar als ge daar toekomt zegt de dokter tegen u van: 'Wat wilde gij?' (...) Ge kunt daar kiezen dan. Ik kies meestal (...) dus lexitams. Met dat voel ik mij veel beter. Dat onderdrukt mijn gevoelens en mijn frustraties een beetje en dan bouw ik dat af” (Man, 26 jaar, Turkse origine).

Misbruik loert hier echter om de hoek:

“In die milieu zijn er, hebt ge van alles. (...) En ge hebt ook dokters die u gewoon, ge betaalt hem en hij schrijft u voor wat ge wilt” (Man, 32 jaar, Marokkaanse origine).

7.5.1.6 Religie als houvast binnen de residentiële setting

Nagenoeg alle respondenten zijn gelovig; dit betekent echter niet dat zij ook allen praktiseren. Wanneer dit wel gebeurt, is dit niet steeds met eenzelfde mate van engagement of op dezelfde wijze:

“Et ça j’en suis fier, j’ai gardé des réflexes de certains types de comportements que j’avais quand je vivais avec mes parents, hein je suis quelqu’un, quand il y a des... Il y a des choses qu’il faut dire par exemple quand tu es aux toilettes, tu vois, enfin, quand je me mets à table pour manger, même si je le dis pas à haute voix, intérieurement, je le dis au nom de Dieu” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Geloof vormt tijdens het hulpverleningsproces echter voor velen een richtlijn; voorschriften worden aangegrepen om onder andere een gezondere levensstijl te ontwikkelen en verantwoordelijkheid op te nemen:

“Mijn geloof geeft me veel motivatie. Het zegt: je zal niet je lichaam verwaarlozen, je zal het niet misachten, je zal ook zorgen voor familie, verantwoording afleggen” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Het geloof is een houvast tijdens de programma’s:

“Wat mij eigenlijk ten minste heeft geholpen was ai ari, op die moment had ik echt iemand nodig en dat was eigenlijk de allermachtigste, dus God eigenlijk” (Man, 29 jaar, Marokkaanse origine).

Aanpassingen binnen de instelling met betrekking tot de voeding, het gebed en de ramadan worden dan ook door de bevrageden op prijs gesteld. Het respect voor deze aspecten wordt gezien als een logisch gevolg van de individualisering van het zorgaanbod:

“Ça a prouvé qu’ils continuent de respecter la confession de chacun même si eux-mêmes n’y croient pas, tu vois. Donc, cette démarche-là, ça a démontré qu’ils respectent l’individu de quelque confession qu’il soit” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Gezien het belang van de religie wordt gepleit voor het inschakelen van imams in de voorzieningen:

“Maar op drugsgebied en zo, denk ik dat er veel kan veranderd worden. Voor allochtonen, dat er bijvoorbeeld een imam kan komen praten en zo, om hen meer inzicht te geven, dat ze ook intensief moeten meedoen en zo, dat dat geen verhaal is dat ze hen zeggen” (Man, 37 jaar Turkse origine).

7.5.2 ANALYSE VAN DE ELEMENTEN DIE EEN VLUCHT NAAR ALTERNATIEVE COPINGMECHANISMEN STIMULEREN

Als alternatieve copingmechanismen onderscheiden we een tijdelijke terugkeer naar het land van herkomst, het huwelijk, religie en autonome ontwenning. Deze opdeling is echter arbitrair. In de praktijk zien we dat deze copingmechanismen in elkaar overlopen en samen voorkomen.

7.5.2.1 Het geïnstitutionaliseerde aanbod: onbekend is onbemind

Onwetendheid van de ouders over het bestaande geïnstitutionaliseerde zorgaanbod leidt ertoe dat zij hun druggebruikende kinderen stimuleren buiten dit aanbod om hun druggebruik onder handen te nemen:

“I: A ce moment là, ils [les parents] ne t’avaient pas proposé de voir des spécialistes ou quoi en Belgique?”

R: Eux, ils ne connaissaient rien de la came. (...) Ils ne savaient même pas c’était quoi la came, ils n’avaient jamais vu, ils n’avaient jamais entendu parler” (Man, 42 jaar, Turkse origine).

7.5.2.2 Autonome ontwenning

Bijna alle respondenten hebben in de loop van hun gebruikscarrière op een bepaald moment getracht het druggebruik zonder professionele begeleiding op te geven. Hierbij worden ze bijgestaan door hun ouders:

“J’allais chez mes parents, et ma mère elle m’enfermait, pas elle m’enfermait, mais je restais dans une chambre pendant une semaine et elle m’apportait à manger, elle me faisait des massages euh dans le dos avec de l’huile d’olives, elle prenait soin de moi quoi” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Dit copingmechanisme wordt ondersteund en gedragen door de **gemeenschap**:

“Drugs bij ons dat is gewoon laten, niet over discuten. Gewoon stoppen dat is het” (Man, 41 jaar, Marokkaanse origine).

Ook in deze context worden verschillende **motivaties en aanleidingen** vermeld zoals een veelbetekenende gebeurtenis en het besef zo niet meer verder te willen leven:

“Ik ben gewoon gestopt. (...) Ik kon zo niet verder leven zo. Zo, dat kan gewoon niet” (Man, 25 jaar, Marokkaanse origine).

Justitie en politiek spelen ook hier een rol. Voor vele respondenten was de periode in de jeugdinstelling of in de gevangenis een gelegenheid om het gebruik te milderen:

“In de gevangenis heb ik niets anders dan jointjes gerookt” (Man, 38 jaar, Turkse origine).

Vaak zijn vrijheidsberovingen een periode van tijdelijke abstinentie:

“Nee, in de gevangenis niet; ik gebruik geen drugs of geen alcohol; ook hasj niet, ook jointje niet” (Man, 49 jaar, Marokkaanse origine).

Hoewel dit veelal zonder meer gebeurde, werd dit soms ingegeven door specifieke omstandigheden intra muros. Zo was voor één van de geïnterviewden de vrees om in de ziekenboeg van de gevangenis terecht te komen voldoende groot om geen medicamenteuze ondersteuning te vragen:

“En prison, j’ai arrêté, stop direct. (...) Si vous demandez des médicaments, on vous mettait à l’annexe, et l’annexe c’est vraiment euh... C’est des fous quoi c’est... (...) C’est pour ça que moi je voulais pas” (Man, 33 jaar, Marokkaanse origine).

Deze periode van abstinentie wordt mede ingegeven door een minder gemakkelijke toegang tot de voorkeurdruk of omwille van financiële beperkingen intra muros:

“Ge hebt bruin [heroïne] in de gevangenis, maar dan moet je betalen, maar ik krijg geen, ik krijg geen steun gekregen van buitenaf. (...) En zo, ben ik er eigenlijk ermee gestopt. En sindsdien gebruik ik geen bruin meer” (Man, 38 jaar, Turkse origine).

Uit deze passage blijkt ook dat een tijdelijke abstinentie een permanent karakter kan aannemen.

7.5.2.3 Het land van herkomst: een tijdelijke ontsnapping...

Vele respondenten keren in de loop van hun gebruiks- en zorgtraject tijdelijk terug naar het land van herkomst om het druggebruik achterwege te laten.

“Je vais aller au Maroc, je vais laisser toutes les travers derrière moi” (Man, 41 jaar, Marokaans origine).

Wanneer ouders, broers en zussen en partner op de hoogte zijn van het druggebruik stimuleren zij de druggebruiker om dit gebruik stop te zetten. Vaak wordt door de **familieleden** voorgesteld te gaan ontwennen in het land van herkomst. Het gebeurt dat de familie dit copingmechanisme aan de druggebruiker zelfs dwingend oplegt om het druggebruik **verborgen** te houden voor de gemeenschap in België:

“Het is daarmee dat ze dat verzwijgen en ze houden dat in hun gezin en sturen hem een tijdje naar Turkije of naar Marokko en ze laten hem daar afkicken. (...) Want, hoe moet ik dat gaan zeggen, wacht eh, ja, het is weer hun probleem verzijgen en onder hun willen houden voor hun eergevoel” (Man, 33 jaar, Turkse origine).

Vele respondenten getuigen over een terugkeer onder druk van de familie – deze vorm van gedwongen terugkeer wordt dan ook vaak ervaren als een **straf**:

“Et quelque part, c’est aussi une sorte de punition” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Een respondent getuigt hoe hij door zijn moeder naar Turkije werd gestuurd om er godsdienstleer te volgen als reactie op het feit dat hij als zestienjarige het criminele pad was ingeslagen. Dit illustreert dat het terugkeren naar het land van herkomst niet enkel bij druggebruik wordt aangewend om negatief gedrag te bestraffen:

“Beïnvloedbaar, de stoere en boemboembambats en wij hebben hun geld genomen. (...) Dus die is naar de politie gegaan; de politie heeft thuis papieren gebracht, binnengestoken om even naar het verhoor te komen, naar de bureau. (...) Mijn moeder heeft gezegd: ‘(...) Ik ga u sturen naar Turkije, naar de Islamleer, zodat je godsdienst leert in Turkije.’ Dus eh, heeft ze me naar Turkije gestuurd” (Man, 35 jaar, Turkse origine).

Toch gebeurt dit niet enkel op aanraden of onder druk van familieleden. Vele respondenten vertrekken **vrijwillig** om het product te **ontvluchten**:

“Ouais, voilà, pour fuir, parce que je n’avais pas d’autre solution, c’était pour fuir le produit” (Man, 40 jaar, Marokkaanse origine).

Het is een vlucht naar een land dat wordt gepercipieerd als een plek waar het goed is om te leven, waar een metamorfose van de persoon mogelijk wordt en het druggebruik achterwege kan worden gelaten:

“Je restais chez moi, sans consommer, sans rien prendre” (Vrouw, 37 jaar, Marokkaanse origine).

Dat drugs er **minder toegankelijk** zijn, lijkt de voornaamste drijfveer om dit copingmechanisme toe te passen. Deze redenering gaat echter ook op voor een **time-out** die niet noodzakelijk doorgaat in het land van herkomst:

“Omdat de dingen, ja dat is, onbewust uw geest weet dat je dat hier toch niet kunt krijgen, dan leg je u daarbij neer” (Man, 37 jaar, Turkse origine).

Echter, het druggebruik is niet steeds de rechtstreekse aanleiding om dit mechanisme toe te passen. Vele migranten brengen de **vakantieperiode** door in het land van herkomst bij daar gebleven familie. Dit kan een kans zijn om afstand te nemen van de gebruikte roesmiddelen:

“En vacances, c’était la période des vacances (...) Voilà, c’était une occasion de prendre l’air et s’éloigner de ce qu’on prenait” (Man, 30 jaar, Turkse origine).

Dergelijke time-out heeft vaak te maken met het vervullen van de **legerdienst**. Dit wordt voornamelijk onder de Turkse respondenten gehoord:

“Ja, ik heb mijn legerdienst in Turkije gedaan. Dat was eigenlijk voor, voor 18 maand naar mijn legerdienst gaan en daar af te kicken. Ik heb ook afgekickt gedurende twee jaar” (Man, 38 jaar, Turkse origine).

Vaak wordt een terugkeer naar het land van herkomst gecombineerd met een **huwelijk** of het **zoeken van een bruid**:

“Ik ben nu november vorig jaar ben ik gestopt hier en dan zijn ik naar Marokko gegaan, ik zijn gaan trouwen” (Man, 36 jaar, Marokkaanse origine).

Een van de geïnterviewde mannen oppert in plaats van naar het land van herkomst te vluchten weg van het druggebruik, dit aan te pakken in de **vertrouwde omgeving**. Dit zou volgens hem de kans vergroten dat abstinentie wordt volgehouden:

“Het belangrijkste dat is stoppen in het milieu zelf, met andere mensen. Niet in het milieu zelf niet, maar ik bedoel in de regio zelf. Want uiteindelijk je woont daar. Ofwel moet die mens volledig verhuizen en alles doen en nog wat. Maar dan nog gaat die terugkeren naar die plaats, blijven terugkeren. Er zijn veel mensen van Frankrijk, van Ieper, van Menen, van Oostende die naar Gent komen. Die kopen hun gebruik en die gaan weer door. Die komen weer en die gaan weer voort” (Man, 37 jaar, Turkse origine).

7.5.2.4 Religie als opstap naar een drugvrij leven

Religie vormt een kracht waaruit de bevrageden putten, het sterkt hen verantwoordelijkheid op te nemen:

“Dankzij ons geloof eigenlijk, allé voor ons, ik bedoel voor mij en voor mijn broeders, dat is zo, dat is het enige dat ons op het rechte pad kan, allé houdt...” (Man, 29 jaar, Marokkaanse origine).

Sommige respondenten zoeken radeloos hun toevlucht in religie en vinden daarin ook wat ze zoeken; ze voelen zich goed in hun vel waardoor het mogelijk wordt uit het druggebruik te klimmen.

“C'est vrai que certaines personnes, par désespoir de cause, une solution, et bien, ils font le choix d'essayer celle de la religion. (...) Il se sent là où il doit être, et où il se sent bien et voilà. Et... Il arrive à s'en sortir” (Man, 38 jaar, Marokkaanse origine).

Verschillende vormen van **geloofsbeoefening** worden in dit kader toegelicht: In het gebed vragen ze om de kracht “nee” te zeggen. Het moskeebezoek blijkt voor verschillende respondenten pas later in het zorgtraject mogelijk te worden. Diegenen die de moskee frequenteren, putten hier de moed uit om een nieuw leven op te bouwen:

“Maar ik voel ook nu, ik ga naar de moskee bijvoorbeeld, en met het gebruik, met de dingen van het geloof, voel ik me beter en kan ik mijn, hoe moet ik het zeggen, mijn oude kring, vriendenkring en zo alles opzij zetten en met andere mensen, met nieuwe mensen een nieuw leven beginnen en een nieuw leven begonnen ben” (Man, 37 jaar, Turkse origine).

Ook wordt de Koran bestudeerd als een weg uit het druggebruik:

“Ik drie jaar gedaan moskee. (...) Koran lezen eh. Allé als jij niet lezen, iemand lezen voor u. Wat is goed, wat is slecht. Dat helpt goed. Echt waar” (Man, 47 jaar, Marokkaanse origine).

Het laten voorlezen van verzen uit de Koran tijdens de fysieke ontwenningfase wordt gerapporteerd:

“J'ai souffert beaucoup, jusqu'à avoir un type qui était en train de lire le Coran à mes côtés pour dire... (...)C'est vrai ce que je dis là, tu fais des prières coraniques pour pouvoir que le mal, le mal... l'anté, je vais dire, l'anté... qui sort de moi et disparaisse” (Man, 46 jaar, Turkse origine).

Uit dit fragment blijkt ook dat het druggebruik als een slechte kracht wordt gezien, als iets waarvan ze (via religie) moeten worden gezuiverd.

Tot slot merken we dat het geloof, eens abtinent, hen sterkt om **herval te voorkomen**; God kijkt immers toe en waakt:

“Als ik bijvoorbeeld niet zou bidden dan zou ik gemakkelijker kunnen gaan drinken nu. (...) Dus automatisch als ik bid heb ik zo meer het gevoel dat God naar mij toekijkt. Met wat dat ik bezig ben, mijn handelingen, met mijn verkeerde handelingen, met mijn goede handelingen” (Man, 36 jaar, Marokkaanse origine).

7.6 ANALYSE DES FREINS DANS LES TRAJECTOIRES DES SOINS

7.6.1 ANALYSE DES FREINS A L'OFFRE DES SOINS INSTITUTIONALISES

7.6.1.1 Représentations et imaginaire liés à la drogue

1) Une faible connaissance des drogues et de leurs effets

Certains usagers de drogues ont parfois une connaissance très réduite des drogues et de leurs effets. Or, cette ignorance peut clairement avoir un impact sur l'accès aux soins, puisque la personne ne peut cerner les

éventuelles conséquences de l'usage de drogues sur sa santé. Ainsi, une personne ignorait totalement qu'elle pouvait devenir dépendante à l'alcool :

"Ik wist niet dat je van alcohol dat je zo verslaafd kon worden, dat je er zo kunt van afzien, van kunt bibberen en dan begin je maar te drinken, te drinken" (Homme, 36 ans, d'origine marocaine)

De même, une autre personne n'a pas pu expliquer l'état de manque lorsqu'elle l'a connu pour la première fois, si ce n'est par une autre maladie ou de l'exorcisme :

"Ik wist niet dat komt door de heroïne. Ik dacht andere ziekte of zo of exorcisme of zo" (Homme, 41 ans, d'origine marocaine).

Les générations plus âgées semblent souvent ne pas connaître les drogues et leurs effets. Leur ignorance de la problématique peut les rendre incapable de fournir l'aide éventuellement nécessaire.

"En dat de ouders daar niet van weten omdat ze gewoon niet weten wat drugs is, wat soorten drugs er zijn, wat de effecten zijn en zo en de kinderen die spijbelen, die niet naar school gaan en zo en dat niet kunnen gevolgd worden door de ouders en dat is het grote probleem" (Homme, 37 ans, d'origine turque).

Cette ignorance peut même être à la base de perceptions allant à l'encontre de l'usage de soins institutionnalisés. Ainsi, il semble que selon certains, seule la volonté de l'usager peut déterminer l'arrêt de sa consommation : dans ces conditions, l'usage de soins est tout à fait inutile, voire même incongru :

"Mon père, il me disait : 'Alors, pourquoi est-ce que tu vas chez le docteur ? (...) Il me disait, 'si toi, tu n'arrêtes pas, le docteur...' " (Homme, 38 ans, d'origine turque).

Inversement, une dramatisation du problème peut être la conséquence de l'ignorance des générations plus âgées : ces dernières peuvent en effet être portées à se baser sur les rumeurs et les 'on dit' amplifiant démesurément les conséquences de l'usage de drogues, et cette surestimation peut leur donner l'envie d'ignorer tout de l'usage qu'en font leurs enfants. Cela n'aide pas l'accès de ces derniers aux soins institutionnalisés :

"Het is daarom dat ze, allé er niet veel van willen weten, terwijl dat ze eigenlijk, allé wel een beetje informatie erover moeten weten..." (Homme, 29 ans, d'origine marocaine).

Enfin, les différences de perception peuvent se baser sur les différences culturelles, puisque les drogues n'ont pas le même statut selon les cultures. C'est le cas par exemple de l'alcool, drogue largement socialisée et acceptée dans la culture occidentale, mais explicitement mise à l'index dans le monde musulman :

"Ik heb een culturele achtergrond en die Vlaming heeft dat ook... (...) Een Vlaming gaat misschien minder zeggen, ik ga met alles stoppen" (Homme, 32 ans, d'origine marocaine).

A nouveau, ces perceptions différentes peuvent constituer des freins dans l'accès aux soins.

2) Une pratique honteuse et stigmatisante

Lorsque les parents ne veulent pas entendre parler de l'usage de drogues de leur enfant, cet usage peut devenir un sujet tabou au sein de la famille. Ce tabou est d'autant plus fort que l'usage de drogues peut être perçu comme honteux. Le secret enveloppe alors l'usage de drogues et les éventuelles conséquences négatives de cet usage :

"Dat is gewoonte geworden van zo, omdat zij er niets van willen weten, allé dat is een gewoonte geworden en als jij, allé je kunt er niet mee praten over zo een ding" (Homme, 29 ans, d'origine marocaine).

La honte est parfois tellement importante, que seule la distance, voire la rupture entre l'usager de drogues et ses proches, permet de s'en délivrer.

"Ik was hardgebruiker en mensen die mij kennen, die dicht zijn bij mij die geven mij afstand" (Homme, 41 ans, d'origine marocaine).

Alors que le support des proches peut jouer un rôle crucial dans l'accès ou le maintien du contact avec les soins institutionnalisés, celui-ci est rendu difficile dès que la distance est posée entre l'usager de drogues et ses proches. En effet, si ce tabou concerne avant tout l'usage de drogues, il peut forcément s'élargir à l'usage de soins liés aux drogues : taire l'usage de soins est souvent la conséquence directe du tabou lié à l'usage de drogues

"(Mon frère), il sait que je prends des médicaments contre l'anxiété, le stress, c'est tout. Mais pas la méthadone, ça, il ne sait pas. Qu'après la prison, j'ai consommé, non, ça, personne ne l'a su" (Homme, 33 ans, d'origine marocaine).

La stigmatisation est tellement forte qu'elle touche même l'ancien usager de drogues : sa réinsertion au sein de la communauté est alors d'autant plus difficile.

"Dat is zeer moeilijk en zeker in de Turkse maatschappij of allochtone maatschappij om daar weer een plaats te vinden, voor daar hun plaats te hebben, die krijgen bijna geen toelating..." (Homme, 37 ans, d'origine turque).

Enfin, il est nécessaire de souligner le caractère éventuellement culturel de l'importance du tabou, de la honte, et de la stigmatisation : selon certains, ces éléments jouent en effet d'autant plus fortement que la personne est issue de minorités d'origine étrangère :

“Bij ons is dat al niet zo gemakkelijk gelijk dan bij jullie. Bij jullie kunde al eens makkelijk met uw moeder of vader een keer eens spreken als ge een probleem hebt. Bij ons gaat dat zo gemakkelijk niet” (Homme, 33 ans, d’origine turque).

7.6.1.2 La réalité institutionnelle perçue comme trop éloignée de celle des clients (potentiels)

1) Des informations lacunaires ou fausses concernant l’offre de soins institutionnalisés

Certains usagers de drogues semblent ne pas avoir suffisamment d’informations à propos de l’offre de soins, ce qui peut en complexifier l’usage au moins à trois niveaux. Tout d’abord, certaines personnes ignorent l’existence même de l’offre de soins : ils ne savent tout simplement pas qu’il est possible de trouver de l’aide pour résoudre des problématiques liées à l’usage de drogues :

“Toen kan ik geen methadon of .., afbouwen of afkickcentrum, daar had ik ook nog geen idee van...dat zoiets bestaat” (Homme, 33 ans, d’origine marocaine).

Ensuite, certains usagers de drogues ignorent les modalités à suivre et les manières d’entrer en contact avec les soins institutionnalisés : les ‘liens’ permettant aux usagers de prendre contact avec les soins, semblent manquer.

“Nee, ik was er al lang mee bezig om hulp te gaan vragen maar ik wist niet juist hoe” (Homme, 25 ans, d’origine marocaine).

Enfin, le manque d’informations peut concerner le contenu même de l’offre de soins. L’accès à cette dernière peut alors être complexifié, cette ignorance laissant libre cours à de fausses informations concernant les diverses offres de soins :

“Ik had zo een beeld van, van die instanties van, ja dat is een plaats voor gestoorde mensen, die gaan u daar brainwashen” (Homme, 32 ans, d’origine marocaine).

De même, la rétention aux soins peut être affectée, dès lors que la personne n’est pas préparée au contenu de l’offre de soins où elle a eu accès :

“Maar ik had dat niet verwacht dat ik zo ging afzien, dat ik vier maanden niet zou kunnen slapen. Dat ik vier maanden zou zweten, ik had dat een beetje te zacht opgenomen, te licht” (Homme, 36 ans, d’origine marocaine).

Notons enfin que, forcément, l’importance de ces lacunes dépend d’une offre à une autre: sans avoir pu dégager d’offres particulièrement connues ou méconnues, il est clair que chaque usager de drogues peut très bien en connaître une, tout en ignorant tout d’une autre.

2) Les rapports aux professionnels : des difficultés relationnelles, de la méfiance, et de la différence

Il est clair que le contact entre d’une part l’usager de soins, et d’autre part le professionnel ou l’équipe de professionnels, peut être difficile, ce qui peut complexifier aussi bien le recours à l’offre de soins que le maintien de ce recours. Certains usagers de drogues perçoivent en effet la qualité de contact comme étant primordiale pour le succès du recours aux soins :

“Ik zeg gewoon dat het contact gaat niet, dat gaat niet dus hij is goed of slecht dat gaat niets brengen omdat als het contact gaat niet dat gaat niet eh” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

Cette difficulté de contact peut s’accompagner d’une forte méfiance à l’égard du professionnel, dont certains usagers de drogues remettent parfois sérieusement en question les réelles motivations, dès lors que c’est par eux que les professionnels ont de l’emploi :

“Het is gelijk ze content zijn dat er junkies zijn, versta je...” (Homme, 37 ans, d’origine turque).

Le rapport au professionnel peut aussi se compliquer dès lors que la personne ne croit pas en les compétences de ce dernier. Cette suspicion d’incompétence peut ainsi se focaliser sur des actes que le professionnel ignore, alors qu’il est censé les connaître de par sa profession. Ainsi en est-il par exemple de la prescription de méthadone :

“Le psychiatre ne savait même pas comment la méthadone se prescrivait, il pensait que c’était vraiment dans conditionné dans une boîte alors que c’est un traitement individualisé” (Homme, 34 ans, d’origine marocaine).

De même, des choix jugés peu judicieux par les usagers de soins, peuvent les amener à soupçonner les professionnels d’incompétence :

“Dat zijn zo kleine dingen die niet serieus genomen, niet ernstig genomen worden en die zeggen, oké, je mag cannabis pakken, maar we gaan werken aan je harddrugs” (Homme, 37 ans, d’origine turque).

Enfin, le climat de travail dans lequel officient certaines équipes de professionnels peut les amener à ne plus être, aux yeux de certains usagers de soins, capables de bien assurer leur fonction :

“Ge voelt dat die mensen overbezet zijn, dat die moe zijn en als ik die zo al zie, allé, ze zijn altijd open, altijd klaar voor ons maar als ik hun zie, zo moe, zo overbelast heb ik geen goesting om er nog keer bij te gaan en nog eens last bij te brengen” (Homme, 36 ans, d’origine turque).

Les compétences attribuées au professionnel dépassent donc largement celles qu'il pourrait obtenir par un diplôme : très souvent, elles sont aussi issues de son vécu lui-même. Ainsi, une expérience de vie, telle qu'une période d'usage de drogues et de soins, peut être perçue comme permettant au professionnel de mieux comprendre la personne. Dans le cas où le client n'attribue pas au professionnel une « expérience de vie » pertinente, la relation de soins peut être difficile.

“Maar iemand die niet gebruikt heeft en iemand die daar geen levende ervaring mee gehad heeft, kan niet, het overbrengen is veel moeilijker” (Homme, 37 ans, d'origine turque).

Certaines offres de soins tentent de potentialiser cette reconnaissance des compétences issues du vécu du professionnel, notamment en employant des personnes ayant elles-mêmes été usagères de drogues et de soins. Le but avoué est de permettre l'identification de la personne au professionnel, celui-ci pouvant constituer un exemple probant du fait qu'il est possible d'arrêter ou de gérer sa consommation. Pourtant, cette identification peut être difficile dès lors que la personne 'individualise' les problématiques, les trajectoires de consommation, et les recours aux soins.

“Je ne m'identifiais pas à eux parce que leur parcours à eux, il est à eux, tu vois” (Homme, 38 ans, d'origine marocaine).

De plus, cette identification peut jouer de manière négative, notamment lorsque professionnel et usager de soins se sont connus lors d'une période commune d'usage de drogues : le second peut en effet avoir des difficultés à accepter les conseils et recommandations du professionnel ancien usager de drogues :

“C'est tous des éducateurs (avec qui) j'ai consommé, (avec qui) j'ai shooté, tous... (...) J'étais content pour eux, mais (c'était) dur quand eux, ils me faisaient la morale ou alors ils me cassaient” (Homme, 38 ans, d'origine turque).

Enfin, l'origine culturelle peut aussi jouer dans la reconnaissance des compétences du professionnel : selon certains, il est plus facile de se confier à un professionnel issu de la même origine culturelle, qu'à un autre.

“Ge kost alles vertellen en zeggen tegen hem buiten dat ge dat aan iemand anders van de stafleden niet gaat vertellen als moslim. Allé ja, problemen dat euhm ge niet open en bloot wou geven koste wel bij hem terecht en al” (Homme, 33 ans, d'origine turque).

3) Les limites de l'institutionnel face à des demandes et des trajectoires chaque fois singulières

Certains usagers récusent l'institutionnalisation des soins, qui répond difficilement à des besoins chaque fois singuliers, alors que c'est bien à une demande d'aide individuelle qu'il est demandé de répondre. L'institutionnel ne semble alors plus répondre à ses objectifs.

“On n'est plus des êtres humains, on n'est plus des individus, on ne peut plus apporter de réponses vraiment individualisées. C'est tel truc, telle réponse, telle attitude, telle réaction” (Homme, 34 ans, d'origine marocaine).

Comment alors combiner la nécessité de règles de vie institutionnelle, et cette prise en compte de la singularité de la personne ? Comment éviter le piège d'une offre standardisée et mécanique ?

Un exemple concret est celui du suivi assuré strictement par certains professionnels, alors même que les usagers n'y voient aucune utilité :

“Avant de rentrer, c'est comme si elle attendait déjà de moi que je lui raconte quelque chose quoi. Alors pfou, ça m'embête” (Homme, 41 ans, d'origine marocaine)

De même, l'application à la lettre des « prescrits » du suivi méthadone peut amener le professionnel à avoir des exigences trop importantes par rapport à la personne à un moment donné, comme par exemple en refusant toute consommation parallèle à l'usage de méthadone. La standardisation et l'institutionnalisation des soins peut donc conduire à nier l'individualité la personne. La relation professionnel/usager de soins peut alors être biaisée, voire interrompue :

“Ca se passait bien (avec le médecin X). Mais je lui ai menti beaucoup, parce que je prenais mes médicaments, (...) et je consommais 2 jours 3 jours, et j'arrêtais, et je prenais mes médicaments, et je consommais, et j'arrêtais” (Homme, 27 ans, d'origine marocaine).

A fortiori, les offres de soins plus institutionnalisées sont concernées par le même problème de l'éventuel écart entre les attentes de la personne, et les règles et principes de l'institution de soins. Par exemple, une personne rencontrée ne comprenait pas pourquoi elle ne pouvait pas fumer de cannabis, au sein d'une structure assurant un sevrage à l'héroïne. De même, les listes d'attente sont perçues comme un obstacle à la prise en compte de l'urgence dans laquelle se trouve parfois l'usager de drogues.

Les règles institutionnelles peuvent encore constituer un frein à l'accès aux soins, en ce que leur transgression peut mener à un renvoi de la personne :

“Après un an, un an et demi, j'ai été renvoyé pour bagarres et... Et le fait que j'avais bu dans la salle d'attente, et bagarres” (Homme, 33 ans, d'origine marocaine).

Mais, à l'inverse, la transgression des règles institutionnelles peut constituer un obstacle à la rétention aux soins pour autrui, dès lors que cette transgression peut miner la volonté d'abstinence des autres :

“Il y avait beaucoup de consommation à l’intérieur, et je parlais à chaque fois de là parce que... Ca ne m’intéressait pas de consommer dans un centre” (Femme, 37 ans, d’origine marocaine).

Le fait que ces règles évoluent amène aussi certains usagers de soins à regretter les anciennes, au sein desquelles ils semblaient mieux se retrouver :

“Dat was zoals in het leger. Ge moest echt bewijzen dat ge er wou zijn, dat ge wou afkicken. Nu is dat niet meer zo, eigenlijk is dat een beetje triestig” (Homme, 32 ans, d’origine marocaine).

Une dernière limite de l’offre institutionnelle identifiée par les (ex-)usagers de drogues rencontrés, est l’inadéquation de certaines structures, comme par exemple les ailes psychiatriques où ont pu être accueillis des usagers de drogues en sevrage :

“J’étais mis avec des gens qui n’avaient rien à voir avec mon problème. Ce n’était pas spécialisé dans la toxicomanie à XXX. (...) On était mélangé avec des gens pour toutes sortes de problèmes, des gens qui sont en souffrances vraiment horribles” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

La localisation de l’offre de soins peut aussi être problématique, dès lors qu’elle favorise la rechute de la personne :

“Een maand clean geweest, maar ja, aan het X. Ge ging daar binnen om methadon te krijgen, aan X, ge kwam buiten en links van u zag de gij twee, drie dealers, die op mensen wachten” (Homme, 35 ans, d’origine turque).

4) Les difficultés de communication

Un certain nombre de facteurs d’ordre communicationnel peuvent constituer une difficulté dans le recours aux soins. Ainsi, la maîtrise insuffisante de la langue des intervenants constitue un premier frein, très souvent répertorié pour les minorités d’origine étrangère :

“Ik heb het alleen een beetje moeilijk met die groep omdat ik euh...weinig Nederlands praat” (Homme, 33 ans, d’origine marocaine).

Cette difficulté est d’autant plus grande qu’il s’agit bien d’exprimer des sentiments, et des émotions :

“Problemen met gevoelens tonen, want soms gebruik ik verkeerde woorden en mijn gevoel blijft altijd verborgen” (Homme, 38 ans, d’origine marocaine).

Les difficultés de communication ne concernent pas que l’oral, mais aussi l’écrit, assez peu maîtrisé par certaines personnes alors que des institutions en font un usage conséquent.

7.6.1.3 Police et justice

Forcément, les condamnations en justice peuvent empêcher ou interrompre des recours aux soins. Si les peines de ‘suivi thérapeutique’ existent bien et que leurs résultats ont souvent été jugés positivement, elles ne sont bien entendu pas octroyées dans tous les cas. Parfois, elles peuvent aussi être annulées, alors que la personne est sur la liste d’attente d’une institution.

7.6.1.4 Les résistances d’ordre personnel

1) Peu de motivations, absence de soutien, autres priorités

Abordons à présent les résistances personnelles : en effet, il est clair que les freins à l’accès aux soins ne sont pas seulement institutionnels ou culturels. Certains d’entre ces freins incombent à la personne elle-même, qui peut par exemple ne pas se montrer motivée par le recours aux soins. Or, la motivation semble essentielle pour que ce recours soit efficace :

“Ca n’a jamais marché, en fait, j’ai été sevré, mais j’ai pertinemment voulu continuer à consommer” (Homme, 33 ans, d’origine marocaine).

Comment expliquer cette absence de motivations par rapport aux recours aux soins? Forcément, les raisons en sont très diverses : tout d’abord, la personne peut tout simplement ne pas vouloir arrêter sa consommation. Cette absence de motivations peut s’inscrire dans le fait que la personne ne se sent pas prête au recours aux soins :

“Op moment, ik denk niet aan de opname maar als ik ga één dag opname doen, ik zal dat euhm zeker euhm in therapie doen. ... (...) Maar ik ben nog niet klaar voor” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

Enfin, les usagers de drogues peuvent avoir été déçus lors d’un recours aux soins précédent, ce qui peut largement entamer leur motivation :

“Die hebben mij veel dingen beloofd die nooit zijn gekomen” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

L’absence de motivation peut aussi reposer sur un déni de tout besoin d’aide. Ce déni peut s’expliquer par la fierté de la personne : il lui est alors impensable de reconnaître qu’il est dans une mauvaise passe. Mais ce déni peut aussi être la conséquence de difficultés psychiatriques empêchant la personne de bien évaluer ses besoins :

“En ze zeiden ook tegen mij van ‘als je uw medicatie niet meer neemt, dan ga je hervallen...’ Dat blijkt zo te zijn en ja, elke keer viel ik terug ziek en dat was niet door de medicatie, dat was gewoon dat ik eigenlijk terug ben beginnen te gebruiken” (Homme, 21 ans, d’origine marocaine).

Plus simplement, des difficultés psychiatriques peuvent rendre impossible la rétention aux soins liés aux drogues, dès lors que la personne doit recourir à d’autres soins pour sa problématique parallèle :

“Buiten die drugsprobleem heb ik nu ook een eetprobleem ... en daarmee hebben ze mij de laatste keer in het CIC ontslagen ook...” (Homme, 33 ans, d’origine turque).

L’absence de motivation peut encore s’expliquer par d’autres priorités, l’amenant à annuler, retarder ou modifier sa demande de soins, sans réelle prise en compte de ses besoins. En outre, le recours aux soins ne veut pas dire que la personne est motivée pour autant : d’autres motivations, comme échapper à une condamnation judiciaire, peuvent expliquer le fait que la personne entre en contact avec les soins. Il y a alors, dès le départ, malentendu.

Face au manque de motivations, les personnes présentes autour de l’usager de drogues et/ou de soins peuvent jouer un rôle, en l’aidant à développer ou à conserver ses motivations. Encore faut-il que le soutien soit bien présent, ce qui est loin d’être toujours le cas. Ainsi donc, le manque de soutien constitue un nouveau frein à l’accès ou à la rétention de la personne.

2) Une non identification aux autres usagers de soins

Certains usagers de drogues peuvent ne pas avoir recours à telle ou telle offre de soins, dès lors qu’ils ne s’identifient pas comme faisant partie du public auquel cette offre s’adresse : ainsi, certaines personnes ne prennent pas contact avec certaines offres de soins, qui s’adresseraient à d’autres qu’à eux-mêmes. De même, les usagers d’une certaine offre de soins peuvent connaître des difficultés, voire interrompre leur recours, s’ils ne s’identifient pas aux autres usagers de cette même offre :

“C’est vraiment des gens qui sont à fond, au bout du rouleau. Moi, quand je les voyais, je n’avais pas ma place, j’étais... Quand j’arrivais, j’étais trop agressé” (Homme, 40 ans, d’origine turque).

L’identification entre les usagers d’une même offre de soins joue donc un rôle fondamental dans le recours aux soins : une absence d’identification constitue un nouveau frein dans l’accès et la rétention aux soins. Or, cette non identification peut se baser sur des critères culturels :

“Ja, dan begin ik mij minderwaardig te voelen tussen al die mensen. Dan zit ik daar tussen Vlaamse mensen zo... Voel ik mij daar niet zo goed” (Homme, 36 ans, d’origine turque).

Moins qu’une claire distinction, il s’agit parfois simplement de comportements différents et ne plaisant pas à certains d’entre les usagers de l’offre de soins :

“Als die mensen beginnen te, te vechten, over (...) niks... (...) Dan vind ik niet goed” (Homme, 47 ans, d’origine marocaine).

Enfin, l’identification avec les autres usagers de l’offre de soins peut être d’autant plus difficile que les personnes ont parfois un recours bref et irrégulier à cette offre.

3) A quoi bon, puisque la rechute est mon destin ?

Selon certains usagers, trop de personnes rechutent après avoir eu recours aux soins, quelles que soient leurs motivations. Ne pas croire en la possibilité de ne plus consommer de drogues, à terme, constitue un nouveau frein à l’accès et à la rétention aux soins. Certains usagers de soins expliquent ces nombreuses rechutes par l’insuffisance des soins prodigués en follow-up :

“Want als de afbouw van de medicatie gedaan is, denken ze, van kijk, ik ben clean ... en voor ze het weten zijn ze weer volledig er in” (Homme, 37 ans, d’origine turque).

Plus généralement, le suivi des soins est plus difficile dès lors que la personne réduit la problématique à une question purement somatique :

“Ik ben met veel goede bedoelingen begonnen, maar na twee weken clean zijn voel ik mij daar zo fantastisch goed en word ik overmoedig en vertrek ik en kom ik terug in de shit terecht” (Homme, 36 ans, d’origine turque).

7.6.1.5 La méthadone et la médication : un recours ambigu ?

Il semble que certains freins sont liés à des offres de soins spécifiques : tout comme a émergé l’étrangeté du recours à la psychologie (cfr infra), force est de reconnaître l’ambiguïté de la méthadone, dont les perceptions peuvent compliquer l’usage. Ainsi, dans nos sociétés occidentales, la méthadone est largement valorisée, aussi bien comme alternative aux drogues que comme alternative au sevrage, idéal souvent jugé trop exigeant ou inaccessible. La méthadone apparaît donc comme une manière, pour l’usager de drogues, de gérer sa consommation en menant une vie ‘normale’. Or, pour certains usagers issus des minorités d’origine étrangère, la

méthadone est perçue comme une drogue : y recourir veut dire continuer sa consommation. Certains usagers de drogues refusent donc ce recours :

“En fait, quand tu prends de la méthadone, c’est comme si tu continues à te droguer. Moi, personnellement, c’est ce que je pense” (Homme, 38 ans, d’origine marocaine).

Cette perception repose notamment sur le fait que la méthadone peut aussi amener la personne à un état de manque, perçu comme plus puissant que celui lié à l’héroïne.

Les proches de l’usager de drogues peuvent également percevoir la méthadone comme une autre drogue. Cette perception s’accompagne souvent d’une autre, soulignée *infra*, et selon laquelle seule la personne peut arrêter sa consommation. Quoi qu’il en soit, lorsque les proches perçoivent la méthadone comme une drogue, l’usager ne peut y avoir recours, ou doit y recourir en secret :

“[Mon père] m’a accompagné une fois chez un médecin, parce que je voulais lui faire admettre le principe de la méthadone. (...) Et lui, c’était : ‘Non, on soigne le mal par le mal’. Et pour mon père, ce médecin était quelqu’un qui simplement voulait avoir des clients, qui était un dealer quel que soit, et qui avait intérêt à ce que tu consommes de la méthadone et de plus en plus, et que donc il ne faut pas écouter ton médecin si il te dit euh... La méthadone, je devais la prendre en cachette” (Homme, 34 ans, d’origine marocaine).

La perception inverse, en l’occurrence celle selon laquelle la méthadone n’est pas une drogue, peut aussi constituer un frein à l’accès aux soins : en effet, cette perception peut insinuer que recourir à la méthadone veut dire être ‘clean’. Cela empêche alors toute autre demande de soins :

“Ik ben lang clean geweest, ik heb twee jaar methadon gepakt” (Homme, 37 ans, d’origine marocaine).

Cette perception de la guérison par le seul usage de la méthadone, a particulièrement été notée en Flandres, alors que les opinions étaient plus partagées en Communauté Française.

L’utilité même de la méthadone est parfois remise en cause, du moins si la personne attribue à cet usage l’objectif d’arrêter tout à fait la consommation de drogues :

“Il y en a pendant des années qui prennent 60, 70, 80 mg. Ceux-là, c’est des couilles qu’ils arrêtent la came, c’est des couilles, je ne crois pas ça” (Homme, 42 ans, d’origine turque).

L’inutilité de la méthadone peut se baser sur l’absence de clairvoyance relative à la sévérité de sa problématique, comme, souvent, chez les ‘doubles diagnostics’ :

“Dat is eigenlijk een drugsziekte bij mij Elke keer viel ik terug ziek en dat was niet door (het stoppen van) de medicatie, dat was gewoon dat ik eigenlijk terug ben beginnen te gebruiken” (Homme, 29 ans, d’origine marocaine).

De même, la personne peut refuser la médication, lorsqu’elle en craint les effets négatifs :

“Je kan ook moeilijk helder nadenken omdat je onder medicatie zit, want die medicatie die is ook bestemd voor u voor rustig te blijven, dat je niet veel nadent enzo, dus je probeert na te denken, maar je kunt niet denken zoals je echt normaal moet nadenken” (Homme, 29 ans, d’origine marocaine).

Cette méfiance à l’égard de la méthadone n’est pas l’apanage des usagers de soins: certains professionnels, qui ont sans doute gardé l’idéal du sevrage, peuvent juger différemment les médications qu’ils peuvent prodiguer, éventuellement au détriment de la méthadone, dans des sevrages qui peuvent parfois poser questions :

“Le docteur, il a dit : ‘On ne va pas lui donner de la métha (...)’. Il m’a dit : ‘On va baisser sa tension, on va le garder deux semaines comme ça, comme ça son sang va se nettoyer’. Je devais boire trois litres d’eau par jour, je ne sais pas quoi, et je ne mangeais presque pas. Je n’arrivais même pas à marcher. C’est ma mère, je vous dis, je faisais à peine 40 kg, j’en faisais 78 à ce moment-là. (...) Il trouvait que si je prenais de la méthadone, j’allais être dépendant de la méthadone, et au fur et à mesure, ça allait me prendre plus de temps pour diminuer la méthadone” (Homme, 30 ans, d’origine turque).

Enfin, certains usages de la médication sont détournés de son objectif initial, comme lors d’un trafic parallèle ou d’un usage de méthadone dans le but de compléter ou de retrouver les sensations issues de la consommation de drogues :

“Ik kreeg voorschrift, en dan ik pakken voorschrift, kopen medicatie en verkopen medicatie... Waarom? Voor kopen dope...” (Homme, 47 ans, d’origine marocaine).

7.6.1.6 Freins spécifiques aux soins résidentiels

Penchons-nous à présent sur l’analyse des freins spécifiques à l’offre de soins résidentielle, dont le recours semble moins couler de source pour certains usagers de drogues, que pour d’autres. Ainsi, les charges familiales de certains peuvent les empêcher de quitter leur famille pendant de longs mois :

“Je me vois mal aller là-bas, par exemple maintenant, je suis marié, j’ai des enfants, je vais pas aller” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

De même, des obstacles administratifs peuvent empêcher le recours à des soins coûtant extrêmement chers, et pour lesquels l’inscription à la mutuelle, et donc le droit de séjour, sont des préalables nécessaires :

“Ik was vier jaar geleden in Marokko afgekickt. Maar dat was maar omdat hier ik was niet verzekerd...”
(Homme, 33 ans, d’origine marocaine).

Certaines personnes pensent tout simplement ne pas être ‘à leur place’ en résidentiel : la vie peut en effet y être difficile, notamment parce que la résidence est isolée de tout, ou parce que le programme de la journée est toujours identique :

“C’était trop répétitif, c’était tous les jours le même, c’était le bonhomme qui se lève le matin, que c’est la même journée qu’hier, et c’est la même journée qui se répète chaque jour et ça commençait à faire long après 10 mois...” (Homme, 29 ans, d’origine marocaine)

Ces difficultés peuvent être liées à la nature même des thérapies de groupe. Ces thérapies demandent en effet à la personne des capacités extrêmes d’adaptation et d’acceptation des règles de l’institution :

“Il faut être assez malléable... (...) Prendre sur soi, accepter les règles déjà” (Homme, 34 ans, d’origine marocaine).

Ces difficultés peuvent amener la personne à refuser ou à interrompre le recours au résidentiel communautaire :

“Je suis dans la rechute, exemple, si il faut rentrer à X (communauté thérapeutique), j’irai pas franchement, je pourrais pas. (...) Dans les mêmes conditions, dans les mêmes systèmes, dans les cadres, dans les mêmes serrages, j’irai pas. (...) Le programme est dur, franchement” (Homme, 38 ans, d’origine turque).

Enfin, la vie en résidentiel peut aller à l’encontre des valeurs culturelles de la personne, comme en ce qui concerne la nourriture ou la pratique de la religion. Des ajustements résidentiels sont alors nécessaires :

“Le ramadan, c’est pas simplement euh... Ne pas manger d’une certaine heure à une autre heure, c’est aussi avoir un comportement clair, sain, honnête avec les autres, et avec soi. Alors, ces bouillons d’émotions, de sentiments, de...” (Homme, 38 ans, d’origine marocaine).

7.6.1.7 La démarche vers le psychologue : une étrangeté...

En Belgique, l’offre de soins reste très largement d’ordre psychothérapeutique, et les intervenants la conçoivent mal en dehors d’un travail d’introspection, d’une interaction qui fasse place à la parole et à une démarche réflexive du client sur ce qui lui arrive. Manifestement, cette partie du travail est difficile et génère des malentendus avec les clients d’origine étrangère.

Ainsi, quelle que soit la connaissance de la langue par la personne, l’expression de ses émotions peut entraîner des difficultés conséquentes :

“Eux, ils demandent toujours d’expliquer les sentiments, mais moi je ne savais même pas c’était quoi le mot de sentiment déjà à la base” (Homme, 43 ans, d’origine turque).

Certaines personnes évoquent des différences culturelles amenant les personnes d’origine étrangère à rencontrer plus de difficultés dans l’expression de leurs émotions, que les autres :

“Wat ik vind van de Belgen, wat ik ervan geleerd heb en daarom heb ik er naar opgekeken, naar heel de groep: die zijn meer open, die zijn meer open, die kunnen meer dingen vertellen zonder schaamte, precies zonder schaamte...” (Homme, 36 ans, d’origine marocaine).

Pour certains, cette difficulté est d’autant plus grande que dans certaines offres de soins, l’expression des émotions doit se réaliser au sein du groupe.

En outre, l’utilité même du travail par la parole qu’incarne le psychologue peut être remise en question, aussi bien par les usagers de drogues que par leurs proches. A vrai dire, le psychologue est souvent perçu comme une simple oreille attentive, ne provoquant pas forcément d’interactions et de remises en question. Plus fondamentalement, si le psychologue peut soulager la personne durant l’entretien, son utilité face aux problèmes que rencontre la personne, et qui seront toujours identiques à la fin de l’entretien, est mise en doute :

“Je vais parler de ma vie et tout ça, et après ? Après, quand je vais ressortir ? Ca sera oublié, sur le coup, ouais, ça fait du bien de parler, mais après ?” (Homme, 41 ans, d’origine marocaine).

Ce fossé entre le psychologue et le client peut être si béant que le second en vient à ne pas comprendre la fonction elle-même du psychologue :

“Le psychologue, moi, je ne comprends rien. Ils écoutent et ils disent rien, il prend l’argent et c’est tout. Ils disent pas, ouais, ils écoutent, moi je comprends rien moi. Ca ne sert à rien d’aller là-bas” (Homme, 43 ans, d’origine turque).

Ce fossé peut se traduire par une méfiance à l’égard du psychologue et de la psychologie, alors que cette dernière reste, dans la culture maghrébine, largement associée à la folie :

“La plupart de la population pense que les psychologues et les psychiatres, c’est pour les fous uniquement” (Homme, 35 ans,).

De même, on peut le percevoir comme voulant remettre la responsabilité de l’usage de drogues d’un enfant, sur les parents ou le système familial :

“Je n’ai jamais accepté de faire (des entretiens familiaux). (...) Moi, je crois personnellement que ça aurait empiré les choses” (Homme, 38 ans, d’origine marocaine).

On se méfie d'autant plus du psychologue qu'il est issu du pays d'accueil, et qu'il peut vouloir remettre en question la culture d'origine de la personne.

Cette accusation peut trouver ses ferments dans les différences culturelles entre le professionnel et l'utilisateur : soit que l'utilisateur ne se sent pas compris dans sa particularité culturelle ; soit qu'il pense au contraire que sa spécificité culturelle est un obstacle à la compréhension de sa situation.

Dans ces conditions, les personnes d'origine étrangère peuvent recourir à un psychologue, mais aborder de façon bien particulière ce recours, comme par exemple en dissimulant certains éléments pourtant importants dans l'expression d'un mal-être : en dernière instance, c'est l'image qu'il faut donner qui semble déterminante, selon certains :

“Il m'a posé, en arabe, 'Est-ce que je dois lui dire ça ?'. Alors que l'idée, c'était de jouer quand même franc jeu pour dénouer des trucs. (...) Il était gêné par rapport à cette psy que son fils soit tox et, attends, on n'est pas là pour ça. (...) C'est vraiment donner cette image, très importante l'image” (Homme, 34 ans, d'origine marocaine).

7.6.2 ANALYSE DES FREINS A L'OFFRE DES SOINS ALTERNATIFS

Peut-on traiter des usages problématiques de drogues, hors des circuits institutionnels de soins ? La question mérite d'être posée, dès lors que de nombreuses personnes ont évoqué des recours à des soins alternatifs. Ainsi donc, les personnes issues des minorités d'origine étrangère semblent trouver, ou tenter de trouver, des solutions dans un arrêt de la consommation par eux-mêmes ; dans un retour au pays d'origine, parfois contraint ; dans le mariage ou encore dans la religion. Pourtant, ces recours à des soins alternatifs sont aussi sujets, comme les soins institutionnalisés, à des freins limitant leur usage.

7.6.2.1 Arrêter tout seul ? La drogue est la plus forte...

Dans un contexte où divers facteurs peuvent freiner le recours aux circuits de soins, il peut être tentant de 's'en sortir tout seul'. Mais décrocher sans soutien semble difficile, dès lors que la personne perçoit la drogue comme étant plus forte que tout :

“Vous avez besoin de ces produits, vous comprenez, vous avez besoin de... de cette merde” (Homme, 41 ans, d'origine marocaine).

Dans ces conditions, arrêter soi-même toute consommation de drogues devient difficile, voire impossible :

“Arrêter mais... (...) Mais bon, un jour, deux jours, troisième jour, on a mal partout, partout, partout, on sait à peine bouger. (...) C'était trop dur. Donc, j'ai pensé plusieurs fois, j'ai essayé, mais bon je n'étais pas capable” (Homme, 35 ans, d'origine turque).

Certaines familles sont amenées à user de la violence pour empêcher tout nouvel usage de drogues de la part de la personne. Mais encore une fois, tout cela n'a pas forcément d'utilité :

“Il y a certains parents, des marocains, des turcs, ils les attachent à la cave pour ne pas qu'il sorte, mais non, le lendemain, il fait le double” (Homme, 43 ans, d'origine marocaine).

7.6.2.2 Le retour dans le pays d'origine : au miroir aux alouettes

Encourager ou forcer l'utilisateur à rentrer au pays d'origine dans le but de rompre avec la drogue, semble constituer une alternative informelle répandue. Interrogés à ce propos, les usagers en soulignent les difficultés et les effets pervers.

Tout d'abord, certains dénoncent l'illusion consistant à percevoir le pays d'origine comme un lieu où la drogue n'a pas sa place : le pays n'en est en effet pas exempt :

“J'ai consommé, au Maroc, une héroïne que j'ai jamais vue. Elle est encore chère, mais on sent que le marché est en train de s'implanter” (Homme, 34 ans, d'origine marocaine).

Cette illusion est d'autant plus forte que toute drogue peut être remplacée par une autre : ce n'est pas parce que le pays serait exempt d'héroïne, qu'il n'est pas possible de s'y procurer des produits psychoactifs :

“On fume (du shit) à plusieurs, on est toujours à plusieurs, ou même, on picole et des fois, on vendait et on fumait quoi” (Homme, 40 ans, d'origine marocaine).

Inversement, des personnes qui croient en l'absence de drogues au sein du pays d'origine peuvent craindre de s'y rendre : en effet, que feraient-ils s'ils connaissaient le manque ? En Belgique, ces personnes peuvent se procurer facilement un substitut comme la méthadone, mais qu'en est-il au pays d'origine ?

“J'ai pensé [à retourner en Turquie], mais j'avais peur quand même. Je me disais : 'Si je me sens pas bien, comment je ferai ?'. J'avais peur de faire une connerie ou quoi, si je me sentais vraiment au bout du rouleau euh, j'avais peur de péter un plomb en fait” (Homme, 35 ans, d'origine turque).

Une autre difficulté est liée au mal-être important que peut connaître la personne à cause de l'écart culturel avec l'environnement du pays d'accueil où il a grandi. Ce mal-être peut alors faire du séjour heureux au pays d'origine, un trauma complexifiant l'éventuelle problématique mentale de la personne :

"Ils m'ont envoyé là-bas, six mois en Turquie. Mais moi, je ne supportais pas de rester là-bas. C'est comme si j'étais un étranger et je suis revenu. (...) Moi, j'ai téléphoné à mes parents, je leur expliqué : 'Faites-moi venir sinon je vais faire un massacre ici'" (Homme, 30 ans, d'origine turque).

Dans ces conditions, le retour forcé au pays d'origine peut poser largement problème.

Comme nous l'avons vu dans les freins à l'accès aux soins institutionnalisés, la honte et la stigmatisation importe énormément. Or, si la personne est envoyée au pays d'origine, et si, par cela, la stigmatisation est évitée au pays d'accueil, elle est bien présente au pays d'origine, où la famille vit encore:

"En dan is de afkick beginnen komen. ... En als je in Turkije pas komt, dat is zoals gij komt bijvoorbeeld naar Spanje, naar je familie, wat gebeurt er? De eerste dag komen alle families op bezoek... en die komen zien he... kapot he. Dus mijn moeder was beschaamd, om mij als zoon te hebben die als een wrak daar ligt." (Homme, 35 ans, d'origine turque).

Dans ces conditions, un retour au pays d'origine peut être refusé par la famille, dès lors que ce retour peut impliquer la honte.

Enfin, s'il existe bien des offres de soins dans le pays d'origine, ces dernières semblent largement lacunaires, et ne pas répondre adéquatement aux besoins de la personne :

"Daar die zijn wel een beetje gespecialiseerd, maar niet genoeg ervaring. Toen was ik op dingen... op hoge dosis... was ik te veel aan het gebruiken, daar kreeg je geen methadon, geen methadon afbouwen. (...) En daar komen ze dingen... een psycholoog die heel weinig ervaring, die is eigenlijk een stagiair...." (Homme, 33 ans, d'origine marocaine).

D'autres effets pervers aussi. Ainsi, le fait que l'usage de drogues soit largement pénalisé au pays d'origine, peut faire craindre la personne de complications judiciaires :

"Als je in Marokko gepakt wordt door de politie met drugs kost dat te veel. Kost te veel: gevangenis, dat kost te veel geld en dan ik zal verliezen mijn papieren en dan alles kapot" (Homme, 49 ans, d'origine marocaine).

De même, le retour au pays d'origine ne prévient pas les rechutes ; au contraire, le retour à la réalité du pays d'accueil peut être d'autant plus difficile :

"Ils prennent la décision de partir 2-3 mois au Maroc pour arrêter, se refaire une santé. Et bien souvent, ça foire, parce qu'une fois qu'ils sont de retour, même s'ils arrêtent, et puis ils tiennent un certain temps, et il y en a beaucoup, un gros pourcentage qui rechute..." (Homme, 38 ans, d'origine marocaine).

Dans certains cas, le retour au pays d'origine peut même favoriser la rechute, en raison des difficultés liées à l'éloignement. Ces difficultés peuvent concerner les relations entre la personne et ses proches, ainsi que la perte de ses droits dans le pays d'accueil :

"Oui, je suis le père des enfants, oui, je suis le mari de la femme, par nom, par voix vocale, mais pas réellement. (...) Et alors donc je reviens, j'ai perdu tout, pas d'emploi, j'ai pas de chômage, rien. (...) Parce que j'ai perdu mes droits" (Homme, 46 ans, d'origine turque).

7.6.2.3 Le mariage comme solution ?

Le mariage, au lieu d'être une solution à une problématique liée à l'usage de drogues, peut au contraire en être un facteur aggravant. En effet, si la famille tend à l'utiliser pour responsabiliser la personne, et l'écarter de l'usage de drogues, il peut aussi avoir l'effet inverse, si la personne ne peut assumer ses nouvelles responsabilités.

"De verantwoordelijkheid van mijn vrouw en mijn zoon die pas geboren is en zo, ik kon dat niet meer aan, omdat ik in bepaalde situaties niet meer kunnen loslaten heb van mij. En vandaar dat ik weer hervallen ben" (Homme, 37 ans, d'origine turque).

Concrètement, il peut être difficile, pour une personne venant de terminer une cure, de prendre en compte les attentes de son épouse en plus de les siennes propres :

"En dan brengen ze iemand onschuldig, doen ze trouwen om dat probleem op te lossen en dan komt de eisen van de vrouw achteraf uit en dan is het voor die jongen een zware, nog een zwaardere probleem, dat is een dubbel probleem en dat is geen oplossing" (Homme, 37 ans, d'origine turque).

Enfin, le mariage peut générer un conflit portant sur le respect des traditions, dès lors que la personne choisit de ne pas en suivre les préceptes, ce qui peut fragiliser d'autant plus la personne :

"Maar de derde generatie is op dat vlak gevorderd, die kennen elkaar langer en zo en dan pas beginnen ze op die manier getrouwd zijn. Dan krijgen ze niet veel feedback van de familie en zo omdat ze zelf gekozen hebben door de eerste generatie en dat ze weer in de problemen geraken" (Homme, 37 ans, d'origine turque).

7.6.2.4 La religion : une drogue alternative?

Enfin, la religion constitue le quatrième type de stratégie alternative auquel peuvent avoir recours les personnes issues des minorités d'origine étrangère. Pourtant, là encore, des freins peuvent intervenir. Certains, d'abord, ne croient tout simplement pas en l'utilité de la religion :

“Moi (...) je crois pas trop à ces choses là” (Homme, 41 ans, d'origine marocaine).

Les réponses que pourrait apporter les autorités religieuses, comme l'Imam, sont jugées trop simplistes que pour répondre pertinemment à la problématique :

“Maar in de koran dat is allemaal verboden, dus dat mag allemaal niet. Dus de enige woord die Imam zou zeggen...” (Homme, 33 ans, d'origine marocaine).

D'autres perçoivent l'usage de la religion comme une tentative de culpabiliser la personne, Dieu prohibant tout usage de drogues :

“Ils ont essayé (...) en prenant des versets du coran... Mais c'était plus une manière de culpabiliser, ça j'ai toujours eu difficile avec ça” (Homme, 38 ans, d'origine marocaine)

D'autres encore mettent en garde contre une potentielle dérive intégriste :

“C'est risqué, parce que ceux-là, après, ils deviennent intégristes, tout ça, après. C'est dangereux” (Homme, 41 ans, d'origine marocaine)

Enfin, les sacrifices que le recours à la religion demande, sont parfois jugés trop importants :

“Si je commence à faire la prière, il faut que j'arrête la bière, et je bois de temps en temps un petit vin, enfin de temps en temps, des fois, tous les deux jours facilement” (Homme, 33 ans, d'origine marocaine).

7.7 INTEGRATIE VAN STIMULERENDE EN BELEMMERENDE ELEMENTEN

Wanneer we voorgaande delen integreren komen we tot volgend overzicht (tabel 7.2):

ADJUVANTS – STIMULERENDE ELEMENTEN

FREINS – BELEMMERENDE ELEMENTEN

I GEÏNSTITUTIONALISEERDE ZORGAANBOD

1. Percepties rond producten en gebruikswijze

- Gebruikspatroon als problematisch beschouwen;
- Zelfperceptie: autonoom beslissend wezen sterker dan roesmiddelen;
- Perceptie intraveneus druggebruik als uit de hand lopend druggebruik

2. Het zorgaanbod**2.1 “Savoir c’est pouvoir”**

- Weten dat een zorgaanbod aanwezig is maakt het opzoeken ervan mogelijk;
- Informatiebronnen over het bestaan, de inhoud en de toegangsprocedures van het zorgaanbod:
 - informele, sociale bronnen van informatie;
 - laagdrempelige gespecialiseerde drughulpverlening en de niet-gespecialiseerde zorg als informatiekanaal en doorverwijzer over/naar hoogdrempelige residentiële drughulpverlening respectievelijk over/naar de drugspecifieke zorg;
- Ten opzichte van vroeger reeds meer informatie over zorgaanbod voorhanden;
- Afweging van de mogelijkheden bij meer uitgebreide kennis + na het doorlopen van meerdere programma’s vergelijking van de voorzieningen en een meer geïnformeerde keuze mogelijk;
- Vertrouwen in het systeem.

2.2 Wat van een hulpverlener een goede hulpverlener maakt

- Kwaliteiten van een goede hulpverlener: niet-veroordelende en open houding, onafhankelijk van sekse, wederzijds vertrouwen, eerlijkheid en respect;
- Identificatie met de zorgverstrekker faciliteert de relatie en retentie:
 - Ervaringsdeskundigen;
 - Origine hulpverlener: de meerderheid verkiest een hulpverlener vanuit

1. Représentations et imaginaire liés à la drogue**1.1 Une faible connaissance des drogues et de leurs effets ;**

- Ignorance des effets de la dépendance ;
 - Ignorance de la problématique par les proches ;
 - L’arrêt de la consommation est perçu comme ne dépendant que de la volonté de la personne ;
 - Dramatisation du problème ;
 - Perceptions culturelles différentes à propos des drogues ;
- 1.2 L’usage de drogues est perçu comme une pratique honteuse et stigmatisante : l’usage peut être dissimulé ; l’usager peut être isolé ;**
- La personne ou la famille dissimule l’usage de drogues ;
 - Entre l’usager de drogues et ses proches, une distance, voire une rupture.
 - La stigmatisation rend la réinsertion difficile, même après le suivi d’un traitement.
 - L’importance du tabou dépend de la culture.

2. La réalité institutionnelle perçue comme trop éloignée de celle des clients**2.1 Informations lacunaires ou fausses concernant l’offre de soins institutionnalisés, aussi bien à propos de :**

- L’existence de l’offre en elle-même ;
- Les manières d’entrer en contact avec cette offre ;
- Le contenu de cette offre ;
- Variations des connaissances et des perceptions selon les centres et les offres de soins ;

2.2 Les rapports aux professionnels : des difficultés relationnelles, de la méfiance, et de la différence.

- Contact éventuellement difficile avec le professionnel ;
 - Méfiance à propos des réelles motivations du professionnel ;
 - Méfiance à propos des compétences du professionnel ;
 - Identification difficile avec le professionnel, notamment selon des critères
-

dezelfde of gelijkaardige etnisch-culturele minderheid met het oog op een gemakkelijker communicatie en het zich begrepen voelen;

- Het belang van identificatie met de hulpverlener trekt zich door naar andere types van minderheidsgroepen;
- Een goede band tussen cliënt en hulpverlener (gelijkwaardige partners, vriendschappelijk, familiaal) werkt retentie en programmatrouw in de hand.

2.3 Over het interne beleid en de reglementering; maar bovenal over individualisering:

- Diverse en zelfs tegengestelde opvattingen: individuele kwestie;
- Afwezigheid van drugs in de centra als bescherming;
- Een anti-racistisch beleid wordt ervaren als een uiting van respect;
- Verschillende aanpak naargelang leeftijdsgroep of etnisch-culturele minderheidsgroep;
- Rekening houden met en aanpassingen doorvoeren naargelang de individuele noden en behoeften;
- Verregaande individualisering mogelijk met een medicamenteuze behandeling.

2.4 Taal en communicatie

- Goede taalbeheersing;
- Open en ongedwongen communicatie.

3. Politie en justitie als gates naar de reguliere drughulpverlening

- Actoren van het gerechtelijk apparaat fungeren als toegangspoort naar de drughulpverlening: politie, jeugdrechter, psychosociale dienst van de gevangenis, probatiemodaliteiten, probatie- en justitieassistenten.

4. Op het persoonlijke niveau

4.1 Motivatie en aanleiding

- Een brede waaier aan individuele motieven en aanleidingen werden vermeld; enerzijds herkennen we interne en externe motieven, anderzijds zijn de drijfveren soms rechtstreeks gelieerd aan het druggebruik, soms onrechtstreeks.

4.2 Eens ingestapt, bevorderen steunfiguren programmatrouw en retentie

- Vrienden en kennissen;
- Familiale ondersteuning eens druggebruik de rug wordt toegekeerd: familiewerking en informeren van de ouders;
- Steun andere zorggebruikers:
- Meer allochtonen;
- Enkel allochtonen;

culturels ou de parcours de vie ;

- Identification possible, mais augmentant les difficultés de la personne.

2.3 Les limites de l'institutionnel face à des demandes et des trajectoires chaque fois singulières

- L'institutionnel ne peut prendre en compte l'individualité de la personne ;
- Inutilité ou application trop stricte de certaines règles de l'offre institutionnalisée ;
- Possibles biais dans la relation entre l'utilisateur et le professionnel : mensonges, rupture, ... ;
- Mécompréhension des règles institutionnelles ;
- Transgression des règles par la personne, amenant à son renvoi ;
- Transgression des règles par autrui, minant les motivations de la personne.
- Regretter d'anciennes règles ;
- Inadéquation de certaines structures de soins, soit par leur offre, soit par leur localisation.

2.4 Les difficultés de communication

- Difficultés liées à la langue ;
- Difficultés liées à l'expression des sentiments ;
- Difficultés liées à l'écrit.

3. Police et justice

- Condamnations pendant un recours aux soins ;
- Annulations des peines de 'suivi thérapeutique'.

4. Les résistances d'ordre personnel

4.1. Peu de motivations, absence de soutien, autres priorités

- Diverses non motivations intrinsèques et extrinsèques à la personne ; diverses non motivations liées directement ou indirectement à l'usage de drogues.

4.2 Une non identification aux autres usagers de soins

- Ne pas s'identifier comme faisant partie du public-cible auquel s'adresse une offre de soins ;
- Pendant l'usage de l'offre de soins, identifier trop de différences entre soi et les autres ;
- Non identification éventuellement basée sur des différences culturelles, voire des comportements perçus comme racistes ;

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ex-gebruikers als rolmodel. <p><i>4.3 Over prognose, nazorg en reïntegratie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Link tussen retentie en een goede prognose; ▪ Intense psychologische begeleiding na lichamelijke fase; ▪ Continuïteit van de ondersteuning: nazorg; ▪ Link tussen herval en “slechte contacten”: contacten verbreken, nieuwe contacten leggen; ▪ Controle vanuit familie en heropname in het familiale milieu; ▪ Reïntegratie in gemeenschap. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non identification basée parfois uniquement sur des comportements différents ; ▪ Identification d’autant plus difficile que les interruptions de recours aux soins sont fréquentes. <p><i>4.3 A quoi bon, puisque la rechute est mon destin ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception selon laquelle la personne est vouée à la rechute ; ▪ Insuffisance des soins en follow-up ; ▪ Réduction de la problématique uniquement au somatique.
<p>5. Medicamenteuze behandeling: roesmiddel of medicijn?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perceptie methadon als medicijn ter ondersteuning of ter substitutie; ▪ Dezelfde perceptie door familie bevordert therapietrouw; ▪ Methadonbehandeling als tussenstap naar of ter voorkoming van langdurige vorm van hulpverlening; ▪ Kennis van de eigenschappen van een medicamenteuze behandeling gekoppeld aan de wetenschap dat deze ook verkrijgbaar zijn in bepaalde settings; ▪ Misbruik is echter niet veraf. 	<p>5. La méthadone et la médication : un recours ambigu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthadone perçue comme étant toujours une drogue, selon les usagers de drogues ; ▪ Méthadone perçue comme étant toujours une drogue, selon les proches de l’usager de drogues ; ▪ Recourir à la méthadone signifie être ‘clean’, ce qui empêche tout autre recours aux soins ; ▪ Inutilité de la méthadone ; ▪ Refus de la médication par non clairvoyance de la sévérité de la problématique ; ▪ Refus de la médication à cause des effets secondaires ; ▪ Méthadone perçue négativement par certains professionnels de soins ; ▪ Usages détournés de la médication.
<p>6. Religie als houvast binnen de residentiële setting</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geloof als richtlijn en motivatie; ▪ Aanpassingen m.b.t. dieet, gebed, ramadan (als uiting van individualisering); ▪ Pleidooi voor het inschakelen van imams. 	<p>6. Freins spécifiques aux soins résidentiels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés d’accès aux séjours longs, liées à la situation de la personne (père de famille ; pas en ordre de mutuelle ; ...) ; ▪ Ne pas être ‘à sa place’ en étant en résidentiel ; ▪ Thérapies de groupe vécues difficilement ; ▪ Le résidentiel peut aller à l’encontre de certaines valeurs culturelles.
	<p>7. La démarche vers le psychologue : une étrangeté...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficultés liées à l’expression des sentiments ; ▪ Les perceptions différentes peuvent s’expliquer par des différences culturelles ; ▪ Recours au psychologue perçu comme inutile ; ▪ Incompréhension de la fonction du psychologue ; ▪ Méfiance par rapport au psychologue et à la psychologie, d’autant plus lorsque le psychologue est issu du pays d’accueil ; ▪ Usage alternatif des soins du psychologue.

<p>1. Het geïnstitutionaliseerde aanbod: ongekend is onbemind</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ontoereikende kennis over het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod door de ouders waardoor stimulatie buiten dit aanbod het druggebruik aan te pakken; 	
<p>2. Autonome ontwenning</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaak toegepast en ondersteund en gedragen door gemeenschap; ▪ Verschillende motivaties en aanleidingen; ▪ Vrijheidsberoving als gelegenheid te mildereren of te stoppen + in verband gebracht met specifieke omstandigheden intra muros. 	<p>2. Arrêter tout seul ? La drogue est la plus forte</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La drogue est plus forte que tout : il est impossible de s'en défaire, même en usant de la force à l'égard de l'usager de drogues.
<p>3. Het land van herkomst: een tijdelijke ontsnapping...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tijdelijke terugkeer naar land van herkomst als vlucht naar een land waar het goed leven is; ▪ Vaak door de familie opgelegd ▪ Om het druggebruik voor de gemeenschap hier verborgen te houden; ▪ Gedwongen terugkeer als straf + aanwending van dit mechanisme bij andere afkeurenswaardige gedragingen; ▪ Ook vrijwillig; ▪ Beperkte toegang tot drugs als belangrijke drijfveer: zowel in land van herkomst als elders; ▪ Niet steeds rechtstreeks gelieerd aan druggebruik; ▪ Voornamelijk onder Turkse respondenten gekoppeld aan legerdienst; ▪ Gecombineerd met huwelijk of zoeken van bruid. 	<p>3. Le retour dans le pays d'origine : un miroir aux alouettes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuite illusoire, puisque les drogues sont aussi présentes dans le pays d'origine ; ▪ Exemption des drogues dans le pays d'origine peut au contraire faire craindre ce retour, en cas de crise ; ▪ Séjour peut être contre-productif, notamment par l'importance de l'écart culturel ; ▪ Honte de la famille restée au pays d'origine ; ▪ Les cures institutionnelles dans le pays d'origine ne répondent pas adéquatement aux besoins de la personne ; ▪ Pénalisation nettement plus importante de l'usage de drogues, dans le pays d'origine ; ▪ Difficultés liées au retour au pays d'accueil ; ▪ Difficultés liées à l'éloignement de la famille restée au pays d'accueil.
<p>4. Het huwelijk als startpunt voor een drugvrij leven</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waarmee een stabiel, drugvrij leven wordt ingeluid; ▪ Waarmee verantwoordelijkheid wordt opgenomen. 	<p>4. Le mariage comme solution</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le mariage peut accentuer la problématique de la personne.
<p>5. De kracht van geloof</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waardoor het mogelijk wordt uit het druggebruik te klimmen; ▪ Verschillende vormen van geloofsbeoefening; ▪ Wapent tegen herval. 	<p>5. La religion : une drogue alternative ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inutilité de la religion. ▪ Recours à la religion perçu comme une tentative de culpabilisation de la personne. ▪ Potentielle dérive intégriste. ▪ La pratique de la religion demande des sacrifices trop importants.

Tabel 7.2: Integratie van stimulerende en belemmerende elementen in de toegang tot hulpverlening zoals aangegeven in de interviews.

Vanuit het bovenstaande schema bespreken we nog beknopt enkele bevindingen. Bijna elke geïnterviewde getuigt over moeilijkheden om de eerste stap naar de drughulpverlening te zetten. Deze moeilijkheden kunnen een diverse oorsprong hebben, waaronder het taboestatuut van druggebruik binnen de etnisch-culturele gemeenschap waardoor schaamte overheerst en etiquettering het leven op verschillende domeinen beïnvloedt. Hiernaast wordt ook een gebrek aan of foutieve informatie over zowel producten als zorgaanbod benadrukt. Bovendien wordt vanuit oudere generaties soms gestimuleerd om het druggebruik buiten het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod aan te pakken – een gegeven dat opnieuw in verband wordt gebracht met een kenniskloof en foutieve beeldvorming. Eens de eerste stap gezet werd naar de hulpverlening, is echter ook het aansluiting vinden bij en het zich inschrijven in de programma's niet steeds evident. Velen haken vroegtijdig af, veelal na de lichamelijke ontwenningfase – vanuit een sterk somatische opvatting van het druggebruik. Daarnaast worden de programma's ook verlaten omwille van een aanbod dat onvoldoende is afgesteld op individuele noden en behoeften. Niettemin is de positieve of negatieve waardering van een behandelingsvorm heel vaak een individuele kwestie. Toch worden aanpassingen binnen voorzieningen, o.m. inzake voeding en religieuze beleving, erg geapprecieerd. Ook een streng intern beleid omtrent racisme binnen de instellingen wordt expliciet aangewezen als een positief element en als een uiting van respect. De zorgverstrekkers blijken zeer belangrijke figuren in de waardering van het programma en kunnen retentie bevorderen. Identificatie met de hulpverleners speelt deze elementen in de hand. Over het algemeen wordt de voorkeur gegeven aan ervaringsdeskundigen en verschillende bevraagden geven eveneens een voorkeur aan voor hulpverleners vanuit eenzelfde of gelijkaardige etnisch-culturele minderheid. Deze voorkeur is gekoppeld aan een gemakkelijker communiceren en aan het zich beter begrepen voelen. Naast het vroegtijdig afhaken is nazorg nagenoeg afwezig in de zorgtrajecten van de respondenten en is hervat troef. Een aantal respondenten wijst in dit kader op het belang van reïntegratie in de familie en in de ruimere gemeenschap. Dit wordt gekoppeld aan de nood tot het informeren en sensibiliseren van de gemeenschap. De veelvuldige contacten met gerechtelijke en juridische instanties kunnen zowel een 'gate' zijn naar het zorgaanbod, maar ook een belemmering. Het terugvallen op alternatieve copingmechanismen, veelal ondersteund en gestimuleerd door de gemeenschap, wordt meestal aangewend naast het gebruik van het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod. Doorheen dit alles bleek duidelijk dat de familie een zeer belangrijke waarde is en een grote rol vervult in de zorgtrajecten van de bevrraagden. Hiervoor is dan ook aandacht nodig; zowel wat betreft het informeren als wat betreft het betrekken van de familie in de programma's. Tot slot nog dit: de stimulerende en belemmerende elementen die de respondenten ons aanreiken, lijken niet voorbehouden te zijn voor etnisch-culturele minderheden, maar het is vooral de manifestatie en specifieke invulling ervan die cultureel gekleurd kunnen zijn.

Uit de interviews distilleren we daarnaast nog een aantal andere opvallende vaststellingen. Ten eerste is het duidelijk dat dezelfde elementen op verschillende plaatsen terugkeren. Quasi elk thema kwam gedurende de interviews zowel in een stimulerende als in een belemmerende betekenis aan bod in het persoonlijke zorgtraject. Vaak behoort het ene element in een tegenovergestelde betekenis tot de andere categorie. Wanneer iemand niet weet dat hij/zij terecht kan in een specifiek zorgaanbod, kan hij/zij ook de stap naar dit aanbod niet zetten. Wanneer iemand wel op de hoogte is van het zorgaanbod, is het ook mogelijk hierin in te stappen.

Een tweede vaststelling is dat thema's zoals motivatie en aanleiding en beleid en reglementering binnen de instituten sterk individueel gekleurd zijn. Een grote verscheidenheid aan ideeën werd meegegeven die steeds zowel belemmerend als stimulerend kunnen werken. Wat betreft deze thema's moeten we dan ook de idee aan individualiteit meenemen. Gezien deze individuele invulling moeten de geïnstitutionaliseerde centra dan ook over de mogelijkheid beschikken om hierop in te spelen en te diversifiëren.

Een derde vaststelling bestaat eruit dat verschillende respondenten doorheen het zorgtraject op een bepaald moment een element als stimulerend percipiëren, doch dat ditzelfde element op een ander tijdstip in het zorgtraject belemmerend werkt.

Ten vierde zien we dat al deze percepties niet steeds even sterk geladen zijn; opnieuw zijn diversiteit en verscheidenheid troef. Hetgeen voor iemand een heuse barrière uitmaakt, kan voor een ander, hoewel als negatief gepercipieerd, niet dermate van belang zijn dat het ook effectief een barrière vormt. Dezelfde redenering gaat op voor de stimulerende elementen: hoewel iets positief doch niet doorslaggevend is, kan dit voor iemand anders een 'gate' zijn.

Uit deze vier vaststellingen distilleren we de idee dat al deze elementen zich op een continuüm van stimulerende en belemmerende elementen bevinden met als twee uitersten gates, respectievelijk barrières.

7.8 TYPOLOGIE DES RECOURS ET DES TRAJECTOIRES DES SOINS

7.8.1 TYPOLOGIE DES RECOURS AUX SOINS

Nous avons distingué deux catégories au sein des soins institutionnalisés : le médical et le psychothérapeutique. Cette distinction n'est que théorique, et n'existe que pour faciliter le raisonnement. Le médical est défini par le recours aux médicaments, que ce soit dans un but de substitution ou de sevrage. Le psychothérapeutique est défini par la recherche d'un mieux-être en relation avec un professionnel ou une équipe de professionnels, par la parole et la réflexion à propos de soi-même. Dans cette optique, il est clair que certaines offres de soins répondent aux deux dimensions. Ainsi, un médecin prescripteur de méthadone peut aussi être une personne avec qui l'usager de soins se sent apte à parler de soi, pour souffler, pour évacuer, pour se sentir mieux. De même et de façon plus générale, certaines institutions, comme les MASS (maisons d'accueil socio-sanitaire), regroupent aussi bien des médecins assurant un suivi méthadone, que des psychologues. Il y a donc des offres de soins ambiguës et répondant aux deux dimensions. Toutefois, je le répète, cette distinction aura eu le mérite d'aider à la typologie des soins, et nous aurons alors distingué, pour ces offres ambiguës, l'apport médical de l'apport psychothérapeutique.

7.8.1.1 Non recours aux soins

Un premier type de rapport aux soins peut être situé, en dehors de tout soin : la personne, qui a bien conscience d'avoir besoin d'aide, se heurte à des barrières aussi bien à l'égard des soins institutionnalisés que des soins alternatifs. Cela ne veut pas dire qu'elle se heurte forcément à toutes les barrières, mais au moins à une ou plusieurs d'entre elles. De même, cela ne veut pas dire qu'elle ne peut se baser sur aucune des portes d'entrée ou des stimuli ! Au contraire, nous pouvons supposer que toute personne peut se baser sur une ou plusieurs portes d'entrée. Simplement, la personne peut se situer hors-soins dès lors que les freins auxquels elle se heurte jouent un rôle prépondérant par rapport aux adjuvants ou aux stimuli.

7.8.1.2 Recours exclusif à des soins institutionnalisés

Un rapport exclusif aux soins institutionnalisés s'installe lorsque les personnes font l'expérience d'adjuvants dans l'accès et la rétention aux soins institutionnalisés, plus forts que les freins. Il peut parfois s'agir simplement de motivations devenues plus importantes. Dans ce cas de figure, les freins à l'accès aux soins alternatifs sont prépondérants et empêchent le recours à ceux-ci.

7.8.1.3 Recours à des soins uniquement alternatifs

On vise ici tout ce qui *peut faire soin* sans que cela soit reconnu comme un soin institutionnalisé. Ainsi, les personnes interviewées ont fait référence à l'arrêt ou à la gestion autonome de la consommation ; à un retour au pays, à un mariage, à un certain usage de la violence, à un recours à la religion. S'il peut exister d'autres formes de soins alternatifs, ceux-ci semblent les plus récurrents pour les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère. La question est alors de savoir si ces soins alternatifs sont spécifiques à ces derniers, ou s'ils peuvent être comparés à ceux mobilisés par les usagers dont les origines sont bien inscrites dans le pays d'accueil. A cet égard, la tentative de gérer ou d'arrêter sa consommation, sans faire appel à quelque aide extérieure que ce soit, constitue une stratégie qui se rencontre parmi toutes les populations. Par contre, le retour au pays, le recours au mariage, ou encore à la religion, peuvent sans doute introduire des spécificités culturelles. Néanmoins, des analogies peuvent être trouvées, comme lorsqu'un usager problématique de drogues cherche à s'en éloigner par un séjour à la montagne. Il est donc difficile, voire discutable de penser que les soins alternatifs sont l'apanage des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère.

7.8.1.4 Recours simultané à des soins alternatifs et institutionnalisés

Le dernier type de recours théorique aux soins consiste en un recours simultané aux soins institutionnalisés et aux soins alternatifs. Il s'agit donc bien de la *combinaison* entre soins institutionnalisés et soins alternatifs, comme, par exemple, lorsque la personne rentre dans le pays d'origine afin d'y mener une cure et de se préparer à rentrer dans un centre de post-cure dès son retour en Belgique. Ou encore lorsque la personne est suivie médicalement et/ou psychologiquement au sein d'un centre spécialisé, mais qu'elle cherche en même temps à se stabiliser en se mariant avec un(e) partenaire, éventuellement issu(e) de la même origine culturelle que lui (elle).

Recours à des soins institutionnalisés
adjuvants > freins **adjuvants < freins**

Soins alternatifs	adjuvants > freins	Recours simultanés soins institutionnalisés et alternatifs	Recours aux seuls soins alternatifs
	adjuvants < freins	Recours aux seuls soins institutionnalisés	Non recours aux soins

Tableau 7.3: Combinaison entre soins institutionnalisés et soins alternatifs.

7.8.2 TYPOLOGIE DES TRAJECTOIRES DES SOINS

Pour rappel, le but de la recherche est d'étudier les *trajectoires* de soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère. Après nous être penchés sur la typologie des rapports aux soins, nous pouvons proposer une typologie des trajectoires de soins. En effet, les rapports que la personne entretient avec les soins peuvent évoluer sans cesse. Ainsi, toutes les personnes interrogées auront témoigné d'*évolutions* dans ces rapports au cours de leurs carrières de soins : à un moment, elles se sont révélées incapables d'y avoir recours et se sont situées dans un rapport *hors soins*. Plus tard, elles ont pu tenter de trouver des solutions dans les soins alternatifs, par exemple en se réfugiant dans le pays d'origine à des fins de cure. Dans un troisième temps, elles auront pu chercher à combiner les soins alternatifs avec les soins institutionnalisés, avant de ne développer un rapport qu'avec ces derniers. Bref, au cours de sa carrière de demande d'aide, la personne a connu des évolutions manifestes, pouvant l'avoir menée d'un type de rapport à un autre. On peut alors parler d'une *trajectoire de soins*.

7.8.2.1 Des périodes de non recours aux soins irrémédiablement inscrites dans les trajectoires

Que les clients soulignent régulièrement l'existence, dans leur trajectoire de soins, d'une période de non recours aux soins n'a rien d'étonnant : ce moment existe pour tous les répondants, entre le moment où ils ont désiré entamer des soins, quelle qu'en soit la nature, et le moment où ce désir s'est concrétisé. Mais là n'est pas le plus important, ce qui est plus caractéristique, c'est la fréquence d'une période de non recours aux soins dans la forme d'une rechute, c'est-à-dire une période hors soins *après* que la personne ait été en contact avec l'un ou l'autre des soins institutionnalisés ou des soins alternatifs. Ainsi, c'est presque l'entièreté des répondants francophones et néerlandophones qui ont fait une telle expérience, ce qui ne nous étonne pas étant donné la nature de la problématique étudiée.

7.8.2.2 Des trajectoires inscrites uniquement dans les soins alternatifs

Parmi les personnes rencontrées, deux personnes n'ont eu recours qu'aux seuls soins alternatifs, évitant donc tout accès aux soins institutionnalisés. Ceci montre que la solution que peuvent rechercher les usagers de drogues en demande d'aide ne se trouve pas forcément au sein de l'offre institutionnalisée, et que différentes phases de traitement se caractérisent par des recours sur lesquels n'ont aucune prise les professionnels et les institutions actifs dans le secteur socio-sanitaire. Ces soins alternatifs consistent avant tout en une auto-gestion de la consommation, voire en une interruption de cette dernière en parfaite autonomie, sans sevrage médicamenteux. Il semble difficile de prétendre que ces soins alternatifs soient l'apanage des minorités d'origine culturelle : beaucoup d'autres usagers de drogues tendent à l'auto-gestion ou l'auto-interruption de leurs consommations.

Comment expliquer ce recours aux soins alternatifs ? On pourrait tout d'abord y voir l'impact d'une trajectoire de migration plus précoce ou plus tardive, rendant plus difficile l'accès aux soins institutionnels. Pourtant, si nous faisons le lien avec les trajectoires de migration de ces deux personnes, nous devons noter que l'une est née au Maroc et ne se trouve en Belgique que depuis une dizaine d'années, tandis que l'autre est arrivée en Belgique à l'âge de quatre ans, et se trouve donc depuis beaucoup plus longtemps dans le pays d'accueil. Il est donc difficile de trouver un lien direct entre la trajectoire de soins et celle de la migration.

On pourrait ensuite être tentés de trouver des explications dans un manque d'informations, empêchant le recours aux soins institutionnalisés. C'est en tout cas une explication donnée par la deuxième personne. Toutefois, la première est bien en contact avec des soins médicaux ; simplement, son usage de soins n'est lié qu'indirectement à son usage d'alcool : si son médecin lui conseille d'arrêter de boire, c'est à cause de complications stomacales. Dans ces conditions, il est difficile de prétendre qu'il s'agit aussi d'un manque d'informations, puisque le médecin, travaillant en maison médicale, a déjà pu donner des informations à la personne concernant des centres spécialisés.

Enfin, on pourrait penser que la précarité socio-économique dans laquelle vit la personne, joue et influence une trajectoire de soins uniquement constituées de soins alternatifs. Toutefois, seule une des deux personnes vit dans cette précarité, l'autre pas.

7.8.2.3 Des trajectoires inscrites uniquement dans les soins institutionnalisés

Face à ces deux trajectoires s'inscrivant uniquement dans les soins alternatifs, on compte treize trajectoires s'inscrivant uniquement dans les soins institutionnalisés, que ce soit dans le champ médical ou psychothérapeutique. Les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère cherchent donc fréquemment des solutions dans les seuls soins institutionnalisés. Même après certains échecs, ces personnes ne cherchent pas à recourir à des soins alternatifs, mais continuent à croire en l'éventuelle efficacité des soins institutionnalisés.

Ce point plaide à nouveau dans le sens d'une égalité des usagers de drogues dans l'accès aux soins, et ce d'autant plus que les trajectoires de migration semblent ne pas pouvoir être utilisées comme facteurs explicatifs. En effet, une d'entre ces personnes ayant recouru aux seuls soins institutionnalisés est née en Belgique, et a accédé à l'enseignement général, puis à l'université, d'où il a été licencié en criminologie. Cette personne se définit comme étant intégrée au sein de la population belge, et ne développe aucune volonté d'un retour au Maroc, pays qu'il ne connaît après tout que bien peu. De même, une autre personne arrivée en Belgique vers l'âge de quinze ans se revendique comme Belge, et ne peut plus vivre au pays d'origine. Enfin, une troisième personne dit avoir coupé les ponts avec la communauté turque en Belgique. Ces trois personnes illustrent donc une intégration accomplie en Belgique ; leur recours aux seuls soins institutionnalisés semble donc logique.

Mais d'autres personnes ayant aussi recouru aux seuls soins institutionnalisés ont connu des trajectoires de migration très différentes. Ainsi, deux d'entre ces personnes sont en séjour illégal, et vivent en Europe depuis environ cinq et quinze ans, après avoir vécu plus de vingt ans au Maroc. De même, une troisième personne se dit partagée entre son pays d'origine et le nôtre, où elle vit depuis plus de trente ans. L'intégration de ce deuxième groupe semble donc être foncièrement différente que celle du premier. Il est alors difficile d'user du vécu migratoire comme facteur explicatif des trajectoires de soins.

7.8.2.4 Des trajectoires de passages entre un recours aux soins alternatifs, et un recours aux soins institutionnalisés

La majorité (25) des personnes rencontrées ont connu des trajectoires alternant les soins alternatifs et les soins institutionnalisés. Le plus souvent (17), le premier recours a été un recours alternatif, et le dernier s'est réalisé au sein de soins institutionnalisés. Toutefois, cela peut s'expliquer par un biais irrémédiable de la recherche, puisque ce sont le plus souvent les structures sociales et de soins spécialisés qui nous ont permis d'entrer en contact avec ces personnes.

Certains recours à des soins alternatifs se sont réalisés *après* que la personne a été en contact avec des soins institutionnalisés, dont elle connaissait alors les avantages et les limites : c'est donc en connaissance de cause qu'elle a jugé les soins alternatifs plus pertinents que les soins institutionnalisés, pour le problème qui l'occupait à un moment précis. En allant plus loin, nous pouvons même penser que les soins alternatifs *peuvent* être d'une aide importante pour la personne : de nombreux témoignages ont fait non seulement état de gestion ou d'interruption de la consommation, mais aussi d'un mieux-être en général dû à la gestion alternative, surtout lorsque celle-ci consistait en un retour au pays, et que le pays d'origine était perçu comme infiniment plus épanouissant que le pays d'accueil. Il y a donc une pertinence intrinsèque attachée aux soins alternatifs.

Ceci dit, inversement, le recours à des soins alternatifs a pu, parfois, aggraver la problématique de la personne, comme lors de retours forcés au pays d'origine, vécus comme une punition et laissant des traces traumatiques. Le recours aux soins alternatifs ne constitue pas la panacée. Simplement, il est nécessaire de prendre conscience de leur existence, de leurs avantages et de leurs limites.

Au sein de la population ayant connu un recours séquentiel à des soins institutionnalisés puis alternatifs, et inversement, il faut à nouveau constater une hétérogénéité des vécus migratoires. Si certaines personnes se sentent complètement intégrés en Belgique, d'autres désirent retourner au pays d'origine, où ils se sentent « mieux ». Certaines personnes ont été élevées suivant des valeurs propres au pays d'origine, d'autres à celle propres au pays d'accueil. Enfin, certaines personnes trouvent des repères dans la culture d'origine, alors que d'autres la rejettent pleinement. Il y a donc, encore une fois, hétérogénéité des rapports à la culture et au pays d'origine, et hétérogénéité des vécus migratoires.

7.8.2.5 Des trajectoires tendant vers une mixité des soins institutionnalisés et des soins alternatifs

Enfin, certains répondants ont un recours mixte s'appuyant *en même temps* sur des soins institutionnalisés et sur des soins alternatifs, les uns complétant les autres. C'est le cas lorsque la personne se tourne vers la religion alors qu'elle est en séjour en communauté thérapeutique, ou lorsqu'elle prépare son entrée en résidentiel en se servant au pays d'origine.

Certaines d'entre ces personnes donnaient de l'importance aux valeurs du pays d'origine, ce qui explique qu'elles se basent partiellement sur des soins alternatifs. Pourtant, l'hétérogénéité des vécus migratoires prévaut à nouveau, puisqu'une personne, née en Belgique mais scolarisée en Turquie, rêve d'aller y vivre, alors qu'une

autre a vécu un retour forcé au pays comme une punition. Une personne a vécu plus de 25 ans au Maroc avant d'immigrer en Europe, alors que deux autres sont nées en Belgique. Parmi ces deux dernières, l'une dit arriver à jongler facilement entre les deux cultures, l'autre pas.

A nouveau, les vécus migratoires et les rapports au pays d'origine semblent très diversifiés. La croyance en l'efficacité des ressources issues de la culture d'origine n'est donc pas liée de manière univoque au passé migratoire.

7.9 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

7.9.1 CONCLUSIES

We hebben de gelegenheid gehad om gebruik te maken van meer dan 44 geregistreerde gesprekken die een gediversifieerde steekproef op het vlak van gebruikstrajecten, migratie en zorgtrajecten representeren. De analyse van deze gesprekken heeft ons vooreerst toegelaten kennis te nemen van het belang van alternatieve copingmechanismen, waar een groot deel van de bevraagde respondenten beroep op deed. Bovendien hebben de gesprekken ons een veelheid aan belemmeringen te leren kennen, maar ook aan stimulansen met betrekking tot de toegang en de retentie in de hulpverlening. Onder deze ressembleren in het bijzonder:

- Het gebrek aan informatie met betrekking tot drugs en het zorgaanbod
- De percepties met betrekking tot drugs en het zorgaanbod
- Het belang van de reactie van naasten en de gemeenschap gedurende elke fase van het gebruikstraject en zorgtraject. Deze reacties waren nog negatiever dan de percepties en het gebrek aan informatie.

Ten slotte heeft de analyse ons ook in staat gesteld om het proteïsch karakter van de door druggebruikende personen behorend tot etnisch-culturele minderheden ervaren moeilijkheden in de toegang tot de hulpverlening te identificeren. Bijgevolg, wanneer we de belemmeringen en stimulansen met betrekking tot toegang en retentie in de hulpverlening vergelijken, constateren we:

- 1) dat de thematieken die enerzijds de belemmeringen en anderzijds de stimulansen representeren quasi gelijksoortig zijn
- 2) dat sommigen onder hen verwijzen naar louter individuele criteria en dat deze criteria een rol kunnen spelen met betrekking tot zowel belemmeringen als stimulansen
- 3) dat een zeer specifiek criterium op een zeker moment in het zorgtraject als belemmering kan fungeren en op een ander moment als een stimulans en
- 4) dat een criterium voor de ene persoon een belemmering kan betekenen en voor de andere een stimulans.

Het is derhalve belangrijk te erkennen dat belemmeringen en stimulansen zich op een continuüm bevinden en dat deze continu in beweging zijn.

Deze belemmeringen en stimulansen maken het mogelijk vier verhoudingen tegenover de hulpverlening te identificeren, op basis waarvan we de verschillende zorgtrajecten kunnen reconstrueren. Maar zowel deze verhoudingen als de zorgtrajecten lijken niet sterk gedetermineerd te worden door de culturele achtergrond van de persoon: hoogstens worden zij erdoor beïnvloed. In het licht van de gevoerde gesprekken en de analyse ervan, kunnen wij in ieder geval geen bijzonderheden, eigen aan de zorgtrajecten van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden identificeren.

We kunnen zelfs benadrukken dat er bepaalde analogieën bestaan tussen deze trajecten en die van de andere druggebruikers, zoals wanneer een persoon beslist om te stoppen met druggebruik en naar het platteland of naar het land van oorsprong trekt. Niettemin kunnen wij aannemen dat de zorgtrajecten mogelijk beïnvloed worden door de vreemde culturele oorsprong van de cliënt. Zo kunnen de barrières om zich tot een psycholoog te wenden enerzijds generaliseerbaar zijn naar andere populaties, maar anderzijds ook specifieke nuances kennen gezien de culturele oorsprong van de cliënt.

Toch kunnen wij deze nuances niet generaliseren naar alle personen die tot dezelfde etnisch-culturele minderheidsgroep behoren, gezien de migratie- en integratietrajecten die men heeft afgelegd een enorme diversiteit weerspiegelen. Bijgevolg is het logisch dat verschillende geïnterviewde personen het belang van een grotere erkenning van de individualiteit van een persoon benadrukken waarbij ze zich verzetten tegen een veralgemeende benadering van ogenschijnlijk dezelfde hulpvragen.

7.9.2 CONCLUSIONS

Nous avons donc eu l'occasion d'utiliser plus de 44 entretiens enregistrés, représentant un échantillon de personnes diversifié des points de vue des trajectoires d'usage de drogues, de migration, et d'usages de soins.

L'analyse de ces entretiens nous a tout d'abord permis de prendre connaissance de l'importance de l'usage des soins alternatifs, auxquels avaient eu recours une grande majorité des personnes rencontrées. En outre, les

entretiens nous ont permis de prendre connaissance d'une multiplicité de freins, mais aussi d'adjuvants, à l'accès et à la rétention aux soins. Parmi ceux-ci, sont particulièrement ressortis:

- le manque d'informations à propos des drogues et de l'offre de soins ;
- les perceptions à propos des drogues et de l'offre de soins
- et l'importance des réactions des proches et de la communauté dans toutes les phases de la trajectoire de drogues et/ou de soins, ces réactions étant d'autant plus négatives que les perceptions le sont aussi et que les informations sont lacunaires.

Enfin, l'analyse nous a aussi permis d'identifier le caractère protéiforme des difficultés dans l'accès aux soins pour les usagers de drogues issus des minorités étrangères. Ainsi, lorsqu'on compare freins et adjuvants à l'accès et à la rétention aux soins, nous constatons :

- 1) que les thématiques regroupant d'une part les freins, et d'autre part les adjuvants, sont presque toutes similaires
- 2) que certaines d'entre elles renvoient à des critères purement individuels, et que ces critères peuvent jouer tout autant en termes de freins que d'adjuvants
- 3) qu'un critère bien précis peut jouer comme un frein à un certain moment de la trajectoire de soins de la personne, et comme un adjuvant à un autre moment et
- 4) qu'un critère peut jouer comme un frein pour une personne, et comme un adjuvant pour une autre.

Force est donc de reconnaître que freins et adjuvants se distribuent sur un continuum, et qu'ils y sont en constant mouvement.

Ces freins et ces adjuvants permettent d'identifier quatre rapports aux soins, à partir desquels nous pouvons reconstruire diverses trajectoires de soins. Or, autant ces rapports que ces trajectoires de soins semblent ne pas être foncièrement déterminés par les origines culturelles de la personne : tout au plus en sont-elles influencées. A la lumière des entretiens menés et de leur analyse, nous ne pouvons en tout cas pas identifier de particularités propres aux trajectoires de soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère.

Nous pouvons même souligner que certaines analogies entre ces trajectoires et celles des autres usagers de drogues existent, comme lorsque la personne cherche à s'écarter des drogues en déménageant à la campagne, ou en retournant au pays d'origine. Toutefois, nous pouvons penser que les trajectoires de soins peuvent être influencées par l'origine étrangère des usagers de drogues. Ainsi, l'étrangeté du recours au psychologue, généralisable à d'autres populations, peut connaître des nuances spécifiques étant donné l'origine culturelle de la personne.

Par contre, nous ne pouvons généraliser ces nuances à toutes les personnes issues de la même origine culturelle, les parcours de migration et d'intégration s'étant avérés extrêmement diversifiés. En conséquence, il est logique qu'une demande ait été exprimée de manière pressante par plusieurs personnes interviewées, en l'occurrence celle d'une plus grande reconnaissance de l'individualité de la personne, à l'encontre de la standardisation des réponses institutionnelles.

HOOFDSTUK 8:

FOCUSGROEPEN

8.1 METHODOLOGIE

Er werden vier focusgroepen (Krueger, 1988; Krueger & Casey, 2000) georganiseerd in dezelfde vier steden (Antwerpen, Brussel, Charleroi en Gent) als deze waar de open interviews met (ex-)druggebruikers uit een etnisch-culturele minderheid werden gevoerd. Deze focusgroepen werden telkens opgevat als een groepsinterview (Hüttner & van Snippenburg, 1995), waarbij elk groepslid zijn mening en interpretatie kon geven terwijl de overige leden luisterden en waarna interactie werd toegelaten en gestimuleerd. Tijdens deze focusgroepen gaven we het woord aan professionelen vanuit de reguliere drughulpverlening, actoren vanuit politie en justitie én aan vertegenwoordigers van allochtone verenigingen en (belangen)organisaties.

Het doel van de groepinterviews was tweeledig: enerzijds zouden de resultaten van de analyse van de open interviews getoetst worden, anderzijds waren deze sessies de gelegenheid om aanbevelingen over geschikte werkwijzen en strategieën te formuleren aangaande het bestaande zorgaanbod. De sleutelfiguren kregen met andere woorden de kans om de bevindingen van de interviewanalyse te nuanceren, te weerleggen of te bevestigen. Hiernaast konden de deelnemers denkpijpen lanceren om eventuele moeilijkheden en problemen bij de toegang tot en het verdere verloop in het zorgaanbod van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid aan te pakken.

Met het oog op het vervullen van deze twee doelstellingen werden de focusgroepen geleid aan de hand van vier algemene vragen:

1. Zijn de *zorgtrajecten* van alle druggebruikers gelijkaardig of worden de zorgtrajecten van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid gekenmerkt door een aantal bijzonderheden? Indien ja, welke bijzonderheden kenmerken dan hun zorgtraject?
2. Welke *belemmerende elementen* worden ondervonden door druggebruikers die behoren tot etnisch-culturele minderheden in de toegang tot het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod, in het verdere zorgtraject en met het oog op nazorg?
3. Welke *stimulerende elementen* worden ondervonden door druggebruikers die behoren tot etnisch-culturele minderheden in de toegang tot het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod, in het verdere zorgtraject en met het oog op nazorg?
4. Denkt u dat het wenselijk al dan niet noodzakelijk is om het zorgaanbod voor druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid aan te passen of te verbeteren? Indien ja, welke *aanpassingen* lijken u het meest geschikt en hoe moeten deze aanpassingen gerealiseerd worden?

Hiernaast stelden we ook tien statements³⁵ op. Deze bevatten meer gedetailleerde bevindingen van de interviewanalyse. Wanneer het debat tijdens de focusgroepen dit toeliet, werden deze gehanteerd om de discussie richting te geven, uit te diepen en onszelf de mogelijkheid te geven deze specifieke bevindingen te toetsen aan de mening van de sleutelfiguren van deze groepinterviews.

Concreet werd als objectief acht deelnemers per focusgroep voorop gesteld. Hiervoor namen we contact op met verschillende instellingen en verenigingen om een zekere diversiteit aan deelnemers te garanderen. Het objectief van acht deelnemers werd voor drie van de vier focusgroepen bereikt: Gent (10), Brussel (8) en Charleroi (8). Te Antwerpen kwamen er, hoewel zeven deelnemers verwacht werden, slechts vier opdagen. Niettemin voldoet deze focusgroep zeker aan de kwalitatieve verwachtingen, gezien de gedachteuitwisseling tussen de deelnemers intens en diepgaand was, de bijdragen gedetailleerd waren en er spontaan concrete perspectieven tot samenwerking tussen de aanwezige drughulpverleningvoorzieningen en zelforganisatie werden gerealiseerd. Elke focusgroep bood dus een voldoende inhoudelijke meerwaarde in het kader van dit onderzoek.

8.2 RESULTATEN

Het verloop van focusgroepen is een sociaal gebeuren. Doorheen de sessies vervaagde de opdeling in de beide doelstellingen dan ook; aanbevelingen werden doorheen de gehele duur van de groepinterviews aangereikt waardoor de toetsing van de bevindingen van de interviewanalyse hiervan niet los kan gezien worden.

³⁵ Zie bijlage 2.

Logischerwijze werden bijdragen rond positieve elementen aangevuld met negatieve elementen en omgekeerd. Positieve en negatieve elementen vormden een aangrijpingspunt om aan te geven hoe hierrond reeds gewerkt wordt of zou moeten gewerkt worden. Bovendien liet de dynamiek niet steeds toe alle statements voor te leggen. Wat ons rond deze specifieke statements werd meegegeven, en voor zover dit relevant is binnen onze uiteenzetting, werd verwerkt in de volgende tekst. Tot slot benadrukken we dat in wat volgt, we de mening van de sleutelfiguren schetsen, elk vanuit hun eigen hoedanigheid en met hun eigen expertise. In deze uiteenzetting kunnen we echter slechts de hoofdlijnen van wat verteld werd, meegeven.

8.2.1 ZORGTRAJECTEN

Bij het voorleggen van de vraag of de zorgtrajecten van alle druggebruikers gelijkaardig zijn of dat de zorgtrajecten van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid afwijken, sluiten de antwoorden aan bij twee gedachtegangen, namelijk een individuele en een groepsbenadering.

8.2.1.1 Individuele benadering

De eerste gedachtegang is deze van de **individuele benadering**. Dit idee werd voornamelijk geuit door de vertegenwoordigers van de drughulpverlening en de justitiële sector en valt uiteen in twee verschillende uitgangspunten. Het eerste uitgangspunt bestond eruit te stellen dat alle zorgtrajecten **gelijkaardig** zijn maar dat rekening moet gehouden worden met andere accenten zonder een expliciete scheiding aan te brengen tussen de beide groepen ('allochtonen' – 'autochtonen'); er moet ingegaan worden op de noden van de individuele cliënt. Het tweede uitgangspunt was dat alle zorgtrajecten **verschillend** zijn en dat dit te maken heeft met de persoon en diens eigen problematiek.

Binnen deze gedeelde individuele benadering werden verschillende **specifieke aspecten** aangereikt die kenmerkend zijn voor de zorgtrajecten van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid. Deze elementen maken echter geen grote verschillen uit in de zin van de afgelegde zorgtrajecten, het zijn eerder nuances binnen die trajecten. De aangereikte nuances hadden voornamelijk te maken met het toegang vinden tot de reguliere drughulpverlening, het verdere verloop binnen het drugspecifieke zorgaanbod en de door de betrokkenen gehanteerde denk- en referentiekaders.

1) Toegang verkrijgen tot de reguliere drughulpverlening

Er werd gesuggereerd dat een onderscheid terug te vinden is in het traject vooraleer druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid de **residentiële** drughulpverlening instappen: deze zitten veelal in de marginaliteit, wat minder uitgesproken is bij autochtone cliënten. Bovendien is het stadium van het verslavingsproces reeds verder gevorderd. Desondanks werd opgemerkt dat het socio-economische beeld van de populatie druggebruikers vanuit een etnisch-culturele minderheid niet in die mate afwijkt in de laagdrempelige **ambulante** hulpverlening tenzij deze gebruikers zich in de illegaliteit bevinden. Binnen de huidige context van globalisering waarin culturele verschillen afgerond worden, is het voornamelijk de **sociale klasse** die een rol speelt in de manier waarop de persoon toegang vindt tot het zorgaanbod. Deze sociale situatie kan gedetermineerd zijn door het administratieve statuut van de persoon in kwestie, eventuele illegaliteit, en het feit dat hij geen recht heeft op sociale zekerheid. Desondanks verhindert dit statuut, volgens de deelnemers, niet dat deze personen toegang krijgen tot het laagdrempelige zorgaanbod.

Qua aard van het **druggebruik** zouden monodruggebruikers volgens één van de participanten sneller toegang vinden tot de ambulante drughulpverlening en minder gemarginaliseerd zijn; voornamelijk druggebruikers afkomstig uit Portugal en Iran zouden binnen deze groep vallen. Ter herinnering: onze steekproef voor de open interviews met (ex-)druggebruikers bestond quasi uitsluitend uit polidruggebruikers.

Tussen druggebruikers behorende tot een etnisch-culturele minderheid en andere druggebruikers treedt volgens de participanten een **temporeel verschil** op tussen het nemen van de beslissing om zich te wenden tot het zorgaanbod en het moment waarop deze persoon ook effectief hulp ontvangt.

In deze context werd tijdens de focusgroepen ook gewezen op een onderscheid binnen de groep van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid: enerzijds zijn sommigen sterk familiaal gemarginaliseerd – dit zijn eerder gebruikers die reeds langer in België aanwezig zijn. Anderzijds wordt een groep kwetsbaren herkend, die sterk beschermd worden door de familie. Voornamelijk de **familiale context** en de **migratiegeschiedenis** werden, althans aan Waalse zijde, aangeduid als nuances. Opnieuw werd beklemtoond dat deze nuances niet op te vatten zijn als grote verschillen. De Marokkaanse etnisch-culturele minderheid heeft

andere trauma's ervaren dan de andere cliënten; er wordt gewezen op "le choc de la migration". Niettemin zijn het eerder de kinderen, geboren nadat het migratietraject ondernomen is, die volgens de deelnemers geconfronteerd worden met problemen.

Er werd aan Vlaamse zijde aangehaald dat druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid nauwelijks contact hebben met hun **gemeenschap**. Bij residentiële therapie verliezen deze druggebruikers familiale contacten. Dit staat niet enkel in contrast met wat de respondenten in de open interviews naar voor brachten; hoewel de familiale relaties onder druk komen te staan omwille van het druggebruik, worden deze opnieuw aangehaald eens de gebruiker stappen onderneemt om het druggebruik achterwege te laten. Uit de Waalse focusgroepen leren we bovendien dat de gemeenschap een sociaal netwerk vormt en fungeert als een beschermende factor. De families van druggebruikende personen uit een etnisch-culturele minderheid hangen bovendien meestal sterker aan elkaar vast in vergelijking met 'Belgische' families.

2) Het verdere verloop binnen de drughulpverlening

Druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid lijken moeilijkheden te ondervinden zich te verankeren in of aansluiting te vinden bij het zorgaanbod, zo blijkt uit de focusgroepen. Wanneer er dan wel een zekere verbinding is, treden vaak andere hindernissen op: ze vertrekken, komen terug, vertrekken terug,... (cf. draaideurcliënten). Dit idee werd ook onder onze aandacht gebracht door de respondenten van de individuele interviews. Onder de participanten van de focusgroepen leefde ook de mening dat bij andere druggebruikers de verankering in het programma sterker is. Het zorgtraject van etnisch-culturele minderheden zou fragieler zijn en meer schakels bevatten waarvoor geen verklaring voorhanden is. Hierbij werd benadrukt dat ondanks deze indrukken druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid niet kunnen beschouwd worden als één groep.

3) Referentie- en denkkaders

Tijdens de focusgroepen werd ook aangegeven dat het vasthouden aan het eigen **referentiekader** binnen en door de drughulpverlening duidelijke verschillen tussen etnisch-culturele minderheden en niet-etnisch-culturele minderheden aan de oppervlakte brengt. Dit wordt geïllustreerd in het werken met de gezinnen van cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid.

Een ander punt dat werd aangehaald was dat zorggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid verwachten dat het verblijf op zich voldoende is om te '**genezen**' en dat een programma wordt ervaren als een **boetedoening** zowel door de cliënt als door de gemeenschap. Druggebruik wordt aan een externe factor toegeschreven waarvan zij moeten worden gezuiverd. Zoals hierboven geïllustreerd, beleven etnisch-culturele minderheden een drugproblematiek dan ook eerder als een **somatisch probleem**. Dit sluit aan bij wat de individuele interviews uitwezen. Verder werd er tijdens de focusgroepen op gewezen dat vaak het gevoel bestaat dat deze cliënten beter geholpen kunnen worden binnen de psychiatrie. Wanneer gekeken wordt naar residentiële initiatieven voor cliënten met een '**dubbeldiagnose**' werd gewezen op het feit dat daar vaak een hoger aantal alloctonen is opgenomen. Dit zegt naar de mening van de deelnemers echter niets over de psychiatrische aard van de problematieken, maar geeft aan dat de behandelbaarheid en de therapietrouw en -ontvankelijkheid van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden in deze settings beter worden ingeschat door de hulpverleners.

8.2.1.2 Groepsbenadering

In mindere mate vinden we ook een tweede gedachtegang terug. Men meent dat de **zorgtrajecten** van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid wel degelijk **afwijken**. Deze idee werd voornamelijk aangehangen door vertegenwoordigers van zelf- en belangenorganisaties.

Een verschillend traject werd in verband gebracht met een **negatief beeld** dat onder migranten leeft over Belgische voorzieningen in het algemeen en over drughulpverlening in het bijzonder. Hiernaast zouden veronderstelde beperkingen om de **religie** te beoefenen in de drughulpverleningscentra een verschillend zorgtraject kunnen kaderen. Deze twee elementen liggen niet in lijn met de bevindingen van de open interviews. Voor een negatief beeld over de voorzieningen vinden we geen ondersteuning in het interviewmateriaal. In tegenstelling tot dit idee staat de mening dat personen die behoren tot een etnisch-culturele minderheid juist vertrouwen hebben in het systeem. Wat betreft de mogelijkheden tot het praktiseren van religie was de toon onder de (ex-)druggebruikers positief. Hoewel werd aangegeven dat in het verleden te weinig aangepaste voeding of mogelijkheden tot religieuze praktisering werden voorzien, waren de respondenten de mening toegedaan dat dit tegenwoordig wel zo is. Dit werd zowel aangegeven tijdens de interviews als door de andere deelnemers aan de focusgroepen (zie *infra*). In het kader van een verschillend zorgtraject werd tijdens de focusgroepen ook gewezen op de indruk dat de '**één-derde regel**' niet van toepassing is op druggebruikers die

behoren tot een etnisch-culturele minderheid: voornamelijk de 33% die de programma's volledig doorlopen en niet hervallen wordt gemist.

8.2.1.3 Alternatieve copingmechanismen

Uit de individuele interviews bleek dat nagenoeg alle respondenten op een bepaald punt in hun zorgtraject zich wenden tot **alternatieve copingmechanismen**. Dit gegeven werd tijdens de focusgroepen bevestigd. Bovendien menen de participanten aan de focusgroepen dat dit bij Marokkanen spontaan gebeurt terwijl dit bij Turken meer vanuit de familie wordt opgelegd en in Turkije een meer geïnstitutionaliseerde vorm aanneemt zoals het vervullen van de legerdienst. Er werd meegegeven dat dit tijdelijk werkt maar, eens terug in België, worden ze geconfronteerd met hervat. Veel lijkt te maken te hebben met een gebrek aan kennis en informatie binnen de gemeenschappen, oriëntatiemoeilijkheden en een duale identiteit. Dit sluit volledig aan bij de bevindingen uit de individuele interviews.

8.2.2 MOSLIMA EN DRUGGEBRUIK

Doorheen het verloop van de focusgroepen kwam een aantal specifieke thema's aan bod die, hoewel zeer interessant, te ver buiten de bedoeling van voorliggend onderzoek liggen. Gezien onze steekproef voor de individuele interviews slechts één vrouwelijke respondente telt, staan we stil bij wat verteld werd over vrouwen die behoren tot de besproken etnisch-culturele minderheden. Wanneer vrouwen terecht komen in een leven overheerst door druggebruik, hebben deze meestal volledig gebroken met de familie. Zij vinden de weg naar de drughulpverlening zelden of gewoon niet. Het druggebruik wordt nog sterker verborgen gehouden dan bij mannen. De stap naar de drughulpverlening is bovendien een brug te ver; angst overheerst. Hiernaast is de weg terug naar de gemeenschap veel moeilijker zonet onmogelijk voor vrouwen. Zij komen dan ook veel sneller in de marginaliteit terecht waardoor prostitutie voor velen het enige toekomstperspectief is. Dit alles heeft veel te maken met cultuur en religie. De oudere generaties houden sterk vast aan een ingebakken anders denken over en behandelen van meisjes en jongens waardoor moslima's in druggebruik zich in een precare situatie bevinden.

8.2.3 VAN BELEMMERENDE EN STIMULERENDE ELEMENTEN NAAR AANBEVELINGEN

De tweede en derde centrale vraag betrof belemmerende en stimulerende elementen in de zorgtrajecten van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid. Hierrond werd gedurende de focusgroepen door de deelnemers gesteld dat wanneer er onvoldoende of geen aandacht wordt gegeven aan stimulerende elementen deze omslaan in belemmerende elementen. Deze aanname bevestigt onze bevindingen van de interviewanalyse. Tijdens de focusgroepen werd doorheen de bespreking van belemmerende en stimulerende elementen reeds een aanzet gegeven van hoe dit anders/beter zou kunnen. In wat volgt nemen we dan ook de drie resterende thema's, zijnde belemmerende elementen, stimulerende elementen en aanbevelingen, samen.

8.2.3.1 Informatie, toegang en het slaan van bruggen

Er werd gesteld dat eens cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid de toegang tot de drughulpverlening gevonden hebben, de slaagkansen behoorlijk zijn. Maar dan rijst de vraag: "*Hoe ze bereiken?*" Voornamelijk de **aanmelding** lijkt volgens de deelnemers aan de focusgroepen moeizaam te verlopen: enerzijds omdat dit soms telefonisch verloopt en anderzijds omdat het tempo waarin dit gebeurt te hoog is. Uitleg geven vergt tijd en heeft meer aandacht nodig. Hierbij is ook aandacht voor de familie gewenst. Hoewel zij vaak wel aanwezig zijn bij dit schakelmoment zijn ze onvoldoende betrokken en noch ondersteund, noch ondersteunend. Ook de **intake** vereist hun inziens extra aandacht. **Tijdsinvestering** is nodig: drughulpverleners en druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid lijken immers een ander tempo te volgen en opdat alles duidelijk kan gemaakt worden naar de cliënten toe moet hiervoor voldoende tijd worden uitgetrokken. Op tijdsinvestering werd doorheen de focusgroepen veel nadruk gelegd; niet enkel in deze eerste schakelmomenten maar ook in het verdere verloop van de behandeling moet dit steeds in acht worden genomen. Tijd dient te worden uitgetrokken en dit niet enkel naar de cliënten toe, maar ook naar hun familieleden toe.

Familiewerking werd in de focusgroepen meer dan eens benadrukt als een centraal element: familieleden moeten worden betrokken bij het gehele proces en bovendien moet ook ingespeeld worden op de noden van de ouders. In het kader van familiewerking die zeker vanuit de drughulpverlening dient te worden georganiseerd werd tevens een samenwerking voorgesteld tussen het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod enerzijds en anderzijds organisaties die dichterbij de gemeenschappen van etnisch-culturele minderheden staan.

Behoorlijk wat aandacht werd besteed aan de nood tot het **slaan van bruggen** tussen de drughulpverleningscentra en de organisaties die dicht bij de gemeenschappen van de etnisch-culturele minderheid staan. Een wederzijds uitwisselen van informatie en het onderling op elkaar afstemmen kunnen het gemeenschappelijke doel enkel ten goede komen. Uit de focusgroepen komt de idee dat samenwerking voornamelijk dient te worden aangegrepen voor een optimalisering van het **informer** van de gemeenschappen. Hierbij werd de idee geopperd om in een samenwerkingsverband tussen moskeeën en drughulpverlening ouderklassen te organiseren of informatiedagen specifiek voor vrouwen in te richten.

Samenwerking tussen zelf- en belangenorganisaties enerzijds en drughulpverleningscentra anderzijds werd als bijzonder belangrijk aangegeven. Zo kan samenwerking de integratie – hier bedoeld met betrekking tot het gebruik van het drugspecifieke zorgaanbod – bevorderen. Er werd ook geopperd samen te werken met de moskeeën en de imam te betrekken. Deze figuur vangt immers de ouders op, steunt hen, geniet hun vertrouwen en kan doorverwijzen naar de bestaande diensten. Ook kan het vrijdaggebed door de imams aangegrepen worden om informatie te verspreiden. Ook kan samenwerking tussen zelf- en belangenorganisaties en de drughulpverlening de vorm aannemen van het verlenen van bijstand of het meegaan naar de drughulpverleningsdiensten. Overdrachtsgesprekken kunnen een juiste doorverwijzing optimaliseren. Maar ook in het kader van nazorg werden samenwerkingsverbanden gesuggereerd.

In dit kader werd tijdens de focusgroepen gewezen op bestaande initiatieven: Momenteel is in deze zin een testfase aan de gang: verdere opvolging en nazorg werd uit handen van de drughulpverlening gegeven en toevertrouwd aan een organisatie die dicht bij de gemeenschappen staat. In deze context werd ook een ander initiatief aangehaald: een informatie-DVD werd tijdens de ramadanmaand verspreid via de moskee. Deze DVD handelt over religie, de plaats in de gemeenschap en druggebruik. Hiernaast worden reeds informatiesessies georganiseerd en wordt door sommige Turkse associaties beroep gedaan op de politie om informatie te geven over roesmiddelen.

Deze zaken illustreren dat op het werkveld reeds initiatieven worden genomen. Desondanks zijn de sleutelfiguren die deelnamen aan de focusgroepen ervan overtuigd dat op het vlak van informeren nog heel wat werk aan de winkel is. Dit ligt in de lijn van de bevindingen uit de individuele interviews.

8.2.3.2 Referentie- en denkkaders

Een tweede cluster elementen die we hier bespreken heeft te maken met de denkkaders die gehanteerd worden. Uit het materiaal van de focusgroepen halen we de idee dat binnen de drughulpverlening wordt vastgehouden aan het **programma** in plaats van het doorvoeren van **individuele aanpassingen** waardoor een betere aansluiting met de cliënt zou worden verkregen. Een zeker besef is aanwezig dat op een andere manier dient te worden omgegaan met cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid, enkel en alleen op basis van het behoren tot deze minderheid. In dit kader werd gewezen op het inzicht dat de **hulpverlener** terughoudend is tegenover cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid vanuit een zeker onbehagen. Door bepaalde vooronderstellingen omtrent het omgaan met cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid ontstaat een zekere angst om met hen te werken of kan een betuttelende houding worden aangenomen die het goede verloop van de behandeling in de weg staan. Verder werd hieromtrent verteld dat dit gedrag ook kan voorkomen in het benaderen of dan eerder het niet benaderen van familieleden.

Een algemene **attitudeaanpassing** is voor een aantal participanten aan de focusgroepen gewenst, dan niet noodzakelijk. Veelal wordt het fout lopen of het verliezen van een cliënt toegeschreven aan het gegeven dat hij/zij behoort tot een etnisch-culturele minderheid. Dit wordt als antwoord naar voor geschoven om uitval en falen te verklaren in plaats van het programma of de hulpverlener in vraag te stellen. In meer algemene zin werd omtrent dit thema gesteld dat het behoren tot een etnisch-culturele minderheid niet kan en niet mag beschouwd worden als een handicap. Integendeel zelfs, want het teruggrijpen naar het culturele kan een bron van hervonden fierheid uitmaken. Zich herkennen in een collectief verleden, ook al is dit slechts vaag, kan de persoon emotioneel gezien versterken. Van hieruit werd dan ook gesteld dat deze dimensies ook binnen het geïnstitutionaliseerde aanbod geïntegreerd moeten worden.

Hierbij kwam vanuit de focusgroepen ook de idee dat **motivatie** vaak niet herkend wordt door de hulpverleners. De hulpverlener vertrekt immers vanuit klassieke denkbeelden en referentiekaders, waardoor andere uitingsvormen van motivatie eigen aan een specifieke etnisch-culturele minderheid niet als dusdanig herkend worden.

Ten slotte geven de participanten aan de focusgroepen aan dat heel wat cliënten gefrustreerd uit een residentieel programma stappen omdat de **westers geïnspireerde programma's** niet aangepast zijn aan alle cliënten en de westerse aard van de programma's vaak onvoldoende open staat voor andere culturen.

Iemand vanuit een **etnisch-culturele minderheid in dienst nemen** is een vaak gehoorde aanbeveling, zowel tijdens de interviews als de focusgroepen. Een ‘allochtone’ medewerker is niet enkel een ondersteuning naar de cliënten toe, maar is ook verrijkend voor het hulpverleningsteam. Het aanwerven van dergelijke hulpverleners verloopt echter niet altijd even gemakkelijk. Enerzijds ontbreekt vaak het juiste diploma³⁶, anderzijds is de sector van de drughulpverlening voor hulpverleners die behoren tot een etnisch-culturele minderheid geen aantrekkelijke arbeidsmarkt. Deze ‘ervaringsdeskundigen’ beheersen een soort ‘cultureel alfabet’, waardoor ze als ‘traducteurs de cultures’ kunnen optreden, maar ook aan het team een stuk opleiding kunnen geven. Toch is dit geen allesomvattende oplossing en worden hulpverleners vaak geconfronteerd met complexere relaties met en problemen bij cliënten waar het ‘culturele antwoord’ niet voldoende is. Bovendien wordt ook gewezen op het risico van vakjesvorming en wordt volgens verschillende deelnemers aangegeven dat het misschien beter is dat het volledige team openstaat voor ‘cultuur’. Hiervoor is het behoren tot eenzelfde etnisch-culturele minderheid geen vereiste. Een persoon mag immers niet opgesloten worden in zijn cultuur. Deze gemeenschappelijke basis binnen een filosofie van **transculturaliteit** wordt door verschillende sleutelfiguren naar voor geschoven.

8.2.3.3 Groepsdynamiek en cliënten onderling

Tijdens de focusgroepen werd gewezen op het gegeven dat de verschillende culturele achtergrond van cliënten in een programma een specifieke dynamiek kan te weeg brengen. Zo werd de idee naar voor gebracht dat cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid ten aanzien van de drugproblematiek overheerst worden door schaamtegevoelens, waar dit bij andere cliënten eerder schuldgevoelens betreft. Deze verschillende visies bemoeilijken de **groepsdynamiek** binnen residentiële programma’s. Sleutelfiguren uit de drughulpverlening hebben de indruk dat cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid het gevoel hebben zich in een **minderheidspositie** te bevinden. Ervaringen van **racisme** binnen de programma’s maken het er niet gemakkelijker op. Hiernaast wordt tijdens de focusgroepen echter ook een **positieve** beïnvloeding erkend door verschillende culturen samen te brengen. Meer cliënten vanuit een etnisch-culturele minderheid in de groep opnemen bevordert de groepsdynamiek. Bovendien verhoogt dit de aantrekkingsfactor van het programma wanneer geweten is dat etnisch-culturele minderheden aanwezig zijn. Tot slot werd opgemerkt dat het organiseren van **‘allochtonen’-groepen** binnen een residentieel programma soelaas kan bieden. Succesverhalen van ex-gebruikers fungeren als **rolmodel** niet enkel voor cliënten die behoren tot een etnisch-culturele minderheid; deze hebben volgens de deelnemers vanuit de drughulpverlening ook een positieve invloed op ‘autochtone’ cliënten. Bovenstaande elementen werden ons ook aangereikt doorheen de individuele interviews.

8.2.3.4 Taal en communicatie

Rond taal en communicatie werd lang stilgestaan tijdens de focusgroepen en veel verschillende elementen kwamen hier aan bod. Enerzijds is het niet beheersen van de **taal** een barrière en dit voor alle aan de focusgroepen deelnemende partijen. Uitleg verschaffen met handen en voeten garandeert immers niet dat de boodschap ook effectief is overgekomen. Bovendien is taalbeheersing onontbeerlijk gezien de inzichtelijke aard van de programma’s. Ook verschillende **communicatiegewoontes** staan begrip tussen cliënten onderling en tussen cliënt en hulpverlener in de weg. Een ander element dat werd aangebracht tijdens de focusgroepen is dat het **vertrouwen** tussen cliënt en hulpverlener gemakkelijk opgebouwd wordt wanneer deze twee actoren dezelfde taal spreken. Een grotere **tijdsinvestering** leek opnieuw een antwoord te bieden en dit niet enkel om de taalbarrière te overwinnen. Deze kan ook helpen de cultuureigen communicatie te doorgronden. Hiernaast moet ook tijd worden vrijgemaakt om de procedures, het verloop en de inhoud van de programma’s duidelijk te maken aan de cliënt en zijn/haar familie. Uit de focusgroepen blijkt dat dit niet enkel geldt voor druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid maar ook voor andere ‘atypische’ druggebruikers. Opnieuw vinden we in de interviewanalyse gelijklopende bevindingen.

Hoewel een **tolk** tot op zekere hoogte soelaas biedt bij de taalbarrière, dient deze volgens de participanten neutraal te zijn. Hier tegenover staat de wens van cliënten die iemand verkiezen die ze kennen en waarbij neutraliteit niet kan worden gegarandeerd. Tegenover **‘externen’** vertonen cliënten volgens de sleutelfiguren echter weerstand. Hiertegenover staat de getuigenis van een geïnterviewde (ex-)druggebruiker die zijn ervaring met een externe positief evalueerde: het was iemand waarmee de respondent zich kon identificeren. In de focusgroepen werd gewezen op praktische moeilijkheden in het werken met ‘externen’ zoals het regelen van afspraken en het naar buiten uitdragen van de cultuur van het centrum. Dit laatste kan opgevangen worden door hen op te nemen in het personeelsbestand. Volgens de deelnemers is het echter niet haalbaar om de diversiteit

³⁶ Eén van de deelnemers gaf als mogelijke oplossing voor het ontbreken van de juiste diploma’s dat iemand kan aangenomen worden met als contractvoorwaarde dat hij/zij de gepaste opleiding volgt.

aan etnisch-culturele minderheden vertegenwoordigd te zien onder de medewerkers gezien de grote verscheidenheid aan etnisch-culturele minderheden die inmiddels hun weg naar de drughulpverlening vinden.

8.2.3.5 Cultuur en religie

Ondanks het gegeven dat de drughulpverleningscentra verschillende stappen ondernamen om de toegankelijkheid te verhogen, leeft – volgens de vertegenwoordigers van de etnisch-culturele minderheden – onder druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid de idee dat niet tegemoet wordt gekomen aan hun **gebruiken**. Desondanks werd door de deelnemers vanuit de drughulpverlening gewezen op een aantal zaken dat reeds werd ingevoerd: gebedsruimtes, aanpassing van de voeding, mogelijkheid te spreken met een imam, specifieke programma's voor etnisch-culturele minderheden en video's over diversiteit die ook als dusdanig werden herkend door de respondenten van de open interviews.

Onder de participanten bestaat de indruk dat druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid het gevoel hebben te moeten kiezen tussen de Belgische voorzieningen en hun eigen cultuur. Hierdoor negeren ze binnen de programma's een deel van zichzelf, namelijk dat deel van hun beleving dat cultureel gekleurd is. Men lijkt ook gebruik te maken van het aanbod van de beide culturen waartussen de cliënt laveert zonder deze te integreren. Uit de focusgroepen komt met andere woorden een zekere **instrumentalisatie** van het zorgaanbod naar voor. Hierdoor pleiten verschillende deelnemers aan de focusgroepen om **alternatieve copingmechanismen** in de zorgtrajecten van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid in rekening te brengen. Men moet de logica achter deze mechanismen begrijpen en deze kennis op een symbolisch niveau aanwenden. Verder kwam uit de focusgroepen de idee dat de druggebruiker vrij is uit het totale aanbod datgene te kiezen dat op dat gegeven tijdstip het beste aansluit bij zijn noden en behoeften. Wanneer hij/zij beslist zich wenden tot alternatieve copingmechanismen is idealiter **dialog** mogelijk met de (ex-)druggebruiker en diens familie. Op zijn minst moet begeleiding voorzien worden op het niveau van de reflectie en bovenal moet er aandacht gegeven worden aan de zin of de betekenis die de betrokkene geeft aan de toepassing van alternatieve mechanismen. Gaat iemand bijvoorbeeld enkel terug naar het land van herkomst omwille van de drugproblematiek of is het ook om terug te keren naar de ouderlijke cultuur? Op dit punt is individualisering volgens de deelnemers aan de groepinterviews opnieuw aan de orde: aandacht voor **individuele betekenissen** is nodig.

Hoewel culturele elementen – en ook sociale netwerken – een beschermende invloed kunnen uitoefenen, werd aangegeven dat deze zich ook kunnen manifesteren als belemmerende factoren. Zo kan het behoren tot de moslimcultuur gezien worden als een soort 'bescherming' ten opzichte van het zich prostitueren of kan de weerstand binnen de moslimcultuur tegen het gebruik van methadon – methadon wordt als een drug beschouwd – een bron van stigmatisering vormen. Vanuit deze vaststelling dat culturele elementen dus zowel in positieve als negatieve zin kunnen interfereren is een **geïndividualiseerd aanbod** volgens de deelnemers aan de focusgroepen noodzakelijk.

8.2.3.6 Wat met het bestaande zorgaanbod?

Hoewel een specifiek **categoriaal aanbod** voor etnisch-culturele minderheden voor- en nadelen heeft, was de algemene toon aan Vlaamse zijde sceptisch. Aan de positieve kant zou het instappen in een dergelijk aanbod psychisch gemakkelijker zijn voor druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid. Dergelijk aanbod moet mogelijk zijn, doch enkel wanneer dit geïntegreerd wordt binnen het bestaande zorgaanbod. De bestaande programma's zijn immers te productgericht en hebben onvoldoende oog voor het proces. Een voordeel wordt gezien in het opzetten van een dergelijk programma als proefproject dat de evidenties van de reguliere drughulpverlening uitdaagt. Wanneer integratie echter als finaliteit wordt gesteld, zou dit worden bemoeilijkt met gescheiden programma's. Onder de participanten heerst de angst dat dergelijk initiatief het probleem zou verschuiven en een wij-zij tegenstelling in de hand zou werken. Voornamelijk met het oog op reïntegratie wordt dit idee afgekeurd. Desondanks wordt gesteld dat hoewel diversiteit ideaal is, het niet de realiteit is. In tegenstelling tot deze genuanceerde visie binnen de Vlaamse focusgroepen, stelt men in de Waalse sessies dat dergelijk aanbod in geen enkel geval mag worden opgezet gezien dit stigma's in de hand zou werken.

Tijdens de Vlaamse focusgroepen kwam een aantal elementen aan bod die niet aan de orde waren tijdens de Waalse sessies. Het huidige aanbod is versnipperd en een continu traject wordt steeds verder onder druk gezet. Er wordt reeds parallel werk geleverd; er is nood aan **coördinatie** en dit los van de etnisch-culturele minderhedenkwestie. **Continuïteit** werd meermaals benadrukt; **trajectopvolging** en **nazorg** voor de cliënt en zijn familie moeten worden verzekerd. In het bestaande **case management** dient verder te worden geïnvesteerd. Er is veel aanwezig in het bestaande landschap, dit dient echter verder te worden uitgebouwd, beter op elkaar te worden afgestemd en samenwerking dient te worden geoptimaliseerd.

Eindigen doen we met de mening die menig participant is toegedaan: constante **invraagstelling** en **reflectie** zijn onontbeerlijk. Men mag echter de basisideeën van het programma hierbij niet uit het oog verliezen. Bovendien zijn **creativiteit** en **communicatie** werkbaardere strategieën dan het zoeken naar dé oplossing. Men moet werken op maat, en dit voor elk type van minderheidsgroep en voor elke **individuele** cliënt.

8.3 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

8.3.1 CONCLUSIES

Gedurende dit hoofdstuk werden de methodologie en de hoofdlijnen uit de bevindingen van de focusgroepen toegelicht. Afsluiten doen we met de belangrijkste ideeën die we meenemen naar onze algemene conclusie. Vooreerst werd duidelijk dat de vertegenwoordigers van de gemeenschappen de mening zijn toegedaan dat de zorgtrajecten van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid afwijken van de zorgtrajecten van andere druggebruikers. Onder de professionelen uit de reguliere drughulpverlening en de actoren vanuit politie en justitie leefde sterk de idee dat zorgtrajecten steeds een individueel gegeven zijn en in dit opzicht elk zorgtraject verschillend is. Binnen deze visie werd gewezen op nuances binnen de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden. Er werd sterk de nadruk gelegd op de mening dat de aangegeven nuances binnen de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden niet mogen beschouwd worden als verschillen ten opzichte van de zorgtrajecten van andere druggebruikers.

Informeren blijkt een belangrijk werkpunt, op een individueel niveau voornamelijk in de zin van **tijdsinvestering** en op een organisatieniveau in **samenwerking** tussen de reguliere diensten en zelf- en belangenorganisaties binnen de etnisch-culturele gemeenschappen. Deze samenwerking werd als positief beschouwd inzake de toegang tot het zorgaanbod en in het verdere verloop van de zorgtrajecten. Hierbij wordt het belang van het geven van ondersteuning aan en het betrekken van de familie benadrukt, zowel tijdens het behandelprogramma alsook in het kader van nazorg en reïntegratie. In het werkveld werden reeds initiatieven tot samenwerking ondernomen, maar deze dienen verder te worden uitgewerkt en te worden ondersteund.

Individualisering op de werkvloer is een kernwoord; hiervoor dient dan ook de nodige ruimte gelaten worden binnen de programma's.

Professionelen geven elementen aan die wijzen op een andere aanpak van druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid die kunnen teruggebracht worden naar de gehanteerde denk- en referentiekaders. Een attitudeaanpassing is gewenst waarbij we de idee aan **transculturaliteit** wens te onderlijnen.

Taal en communicatie worden geïdentificeerd als pijnpunten. Desondanks is geen pasklaar antwoord voorhanden. Werken met tolken heeft voor- en nadelen, personeelsleden die zelf behoren tot de etnisch-culturele minderheden is verrijkend zowel naar cliënten als naar het personeelsteam toe. Doch gezien de grote verscheidenheid aan etnisch-culturele minderheden is vertegenwoordiging van al deze groepen onmogelijk.

Het aanwenden van **alternatieve copingmechanismen** door druggebruikers dient in rekening te worden gebracht waarbij aandacht voor de individuele invulling en betekenis nodig is.

Tot slot merken we op dat reeds heel wat aanwezig is, hoewel **bestaande initiatieven** verder moeten worden **uitgewerkt**.

8.3.2 CONCLUSIONS

Dans ce chapitre, nous avons présenté la méthodologie et les grandes lignes des résultats issus des focus-groupe. Nous terminons ici par quelques idées centrales. Tout d'abord, il apparaît clairement qu'aux yeux des personnes consultées, les trajectoires de soin des usagers de drogues issues de minorités d'origine étrangère ne diffèrent pas sensiblement des trajectoires de soins des autres usagers de drogues. Pour les professionnels du secteur des soins comme pour les représentants des acteurs du monde policier et judiciaire, chaque trajectoire de soin est fortement individuelle et, en cela, toujours distincte des autres trajectoires. A l'intérieur de ce cadre, certaines nuances sont cependant perceptibles en ce qui concerne les trajectoires des usagers d'origine étrangère. Mais les intervenants soulignent que ces nuances dans les trajectoires des clients d'origine étrangère ne peuvent être considérées comme des différences liées à la variable origine étrangère *versus* origine belge.

L'information reste un terrain de travail important, ce qui, à un niveau individuel, requiert un **investissement de temps** plus important et à un niveau plus général, suppose d'améliorer la **collaboration** entre les acteurs du secteur de soins et même avec les groupes présents au sein de la société civile. Cette collaboration est vue comme un élément positif, tant à l'entrée, pour favoriser l'accès aux circuits des soins, que pendant le parcours de soins lui-même : offrir un soutien à la famille et l'impliquer pendant le programme de soins mais aussi dans la perspective de la post-cure et de la réintégration est important. Des initiatives existent déjà dans le secteur, mais celles-ci devraient être soutenues et amplifiées.

Pour les participants, **l'individualisation** est un terme-clé. Ici aussi, un espace suffisant doit être laissé à l'intérieur des programmes de soin.

Les professionnels mettent encore en lumière des éléments qui soulignent l'importance d'une autre approche des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, approche qui renvoie à des cadres de référence et de pensée différents. L'idée de **transculturalité** est ici importante.

La langue et la communication sont identifiées comme des problèmes cruciaux. Aucune réponse évidente n'existe pour autant. Travailler avec des interprètes présente des avantages et des inconvénients et la présence au sein du **personnel de personnes issues de minorités d'origine étrangère** est enrichissante, tant pour la relation soignant que pour l'équipe de soins. Cependant, vu la diversité importante des minorités d'origine étrangère, la représentation de chaque groupe concerné est impossible.

L'utilisation de **dispositifs de soins alternatifs** par les usagers de drogues doit être pris en considération, mais en tenant compte de la signification chaque fois individuelle qui lui est donnée.

Enfin, si un nombre important de dispositifs existent déjà sur le terrain, les **initiatives existantes** doivent néanmoins être encouragées et développées.

CHAPITRE 9:

PRATIQUES INTERESSANTES EXISTANT A L'ETRANGER

9.1 INTRODUCTION

Enfin, bien que les visites de pratiques intéressantes ne concernent pas en soi la méthodologie, il est intéressant d'établir le lien avec les focus groups, en ce qu'elles permettent de potentialiser les recommandations issues de ces derniers. Nous avons en effet eu l'occasion de visiter plusieurs projets étrangers pouvant se montrer tout à fait pertinents dans le cadre de notre recherche. Ces visites ont été réalisées en Espagne, en Suisse, et en Grande-Bretagne. Les contacts que nous avons pris avec un projet néerlandais n'ont malheureusement pas abouti.

9.2 ISTMO: UN PROJET MADRILENE DE CASE MANAGEMENT SPECIFIQUE AUX PRIMO-ARRIVANTS ?³⁷

ISTMO – 'El Programa de Intervención en Drogodependencias con Población Inmigrante del Ayuntamiento de Madrid' – est un projet inscrit dans le réseau associatif madrilène, avec qui il entretient des liens étroits, afin de répondre au mieux aux besoins multiples de leur public, à savoir les usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, majoritairement de première génération. En effet, l'Espagne n'a pas connu une longue histoire d'immigration et, mises à part certaines minorités comme celle des Gitans, aucun groupe d'origine étrangère n'est établi depuis plusieurs générations.

La problématique de l'accès aux soins des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère en est déterminée, puisque la principale barrière à l'accès aux soins des migrants est celle de leur permis de séjour. De plus, cette problématique s'accompagne souvent d'une précarisation importante, puisque le permis de séjour détermine aussi l'accès au logement, à l'emploi, etc. En conséquence, le projet ISTMO s'adresse à un public des plus précarisés. C'est ainsi qu'ISTMO n'identifie pas de difficultés à l'accès aux soins, basées sur des critères culturels : c'est moins 'l'effectivité culturelle' du réseau madrilène que l'illégalité du séjour de la personne, et la précarité socioéconomique qui l'accompagne, qui interviennent comme expliquant fondamental à la problématique. Il semble que ce ne soit qu'à la marge qu'est reconnue la nécessité de problématiques spécifiques, comme le fait que la rétention des personnes originaires d'Amérique Latine et connaissant une problématique liée à l'alcool, est nettement plus importante que celle des personnes usagères d'héroïne et originaires des pays de l'Est. Bien sûr, il existe des difficultés, notamment liées à la langue, au passé éventuellement traumatique du migrant, au support social plus ou moins fort de tel ou tel groupe socioculturel. Mais encore une fois, il ne semble pas que les difficultés d'accès aux soins puissent s'expliquer fondamentalement par des critères culturels, plus que par les dimensions diverses des problématiques que connaissent les migrants en Espagne.

Ceci dit, c'est justement parce que ce public mêle des problématiques diverses, que le projet ISTMO trouve sa raison d'exister. En effet, cette complexité des problématiques appelle au lien et à la collaboration entre diverses institutions, telles que des institutions spécialisées, mais aussi des institutions de santé généraliste, des institutions administratives et juridiques, des institutions d'accueil et d'urgence, des institutions d'insertion socioprofessionnelle, etcetera.

L'objectif d'ISTMO n'est pas de créer une offre de soins alternative pour les minorités d'origine étrangère, mais de les aider à accéder à l'offre de soins préexistante. La perspective madrilène est donc largement anti-différentialiste : si ISTMO peut éventuellement être perçu comme développant une stratégie culturaliste, ce n'est qu'au bénéfice d'un système ne s'attachant pas de manière importante aux différences culturelles. Tout au plus, les structures madrilènes sont prêtes à de menus ajustements, notamment par la traduction de documents importants, le respect des préceptes religieux de certains clients, l'embauche de médiateurs interculturels, ou encore le travail en partenariat avec des associations socioculturelles. Mais il semble s'agir là plus d'adaptations

³⁷ ISTMO, Paseo de la Florida, 19 – 2ºB – 28008 Madrid.

Tel : + 91 542 28 92 / +91 675 644 941

E-mail : correo.electronico@istmo.info

Web : <http://www.istmo.info>.

que de changements en profondeur, et la perspective n'est pas d'offrir des soins spécifiques à chaque culture, puisque les difficultés dans l'accès aux soins sont expliquées moins par la culture que l'administratif et le socioéconomique.

Il est assez intéressant de remarquer que le projet ISTMO se rapproche grandement de projets de case management en équipe, le case management consistant en une méthode de travail mise en pratique à l'égard de personnes ayant des besoins spécifiques en santé, comme les usagers de drogues ayant connu une trajectoire de soins cahotée et sans résultats probants.

“Le case management peut être le mieux défini comme une forme d'aide intensive et individualisée à bas seuil, dans laquelle un travailleur social assure pendant une certaine période le suivi et la coordination du processus d'assistance à un nombre de clients restreint” (Geenens et al., 2004, p. 3).

Le premier principe du case management est celui de l'« outreachment », difficilement traduisible en français, et qui consiste à « atteindre » des personnes qui ne sont pas en contact avec les structures des soins. A cet égard, le projet ISTMO semble répondre à cette tâche, puisqu'il cherche à « atteindre » des usagers problématiques de drogues ayant des difficultés à entrer en contact avec les soins. Pour cela, ISTMO recourt largement à la connaissance de plusieurs langues, à l'origine culturelle de certains professionnels, et à la traduction du matériel d'informations.

La première entrevue avec la personne a pour objectif d'obtenir des informations quant à sa situation administrative et à sa situation globale, notamment à l'égard des drogues mais aussi concernant les motivations de la personne, ses envies, ses projets, etc. Plus que tout, cette entrevue a pour but de créer le lien avec la personne. Cette collecte d'informations permet de faire un « assessment », et la mise en place d'un plan de travail individualisé, caractéristique du case management.

Une fois que le plan de travail est initié, ISTMO se charge de faire le lien entre les diverses institutions avec lesquelles l'usager doit prendre contact, comme des structures juridiques, socio-sanitaires, des hébergements de nuit, etc. Cela constitue le troisième principe phare du case management : entre chacune de ces structures, ISTMO tente de partager et de faire circuler l'information à propos du client.

Enfin, le quatrième principe du case management est celui de l'accompagnement et de l'« advocacy ». L'équipe d'ISTMO semble passer beaucoup de temps à l'accompagnement des personnes lors de leurs différentes démarches, qu'elles soient sanitaires, administratives, etc. Cet accompagnement permet d'assurer une transmission des informations plus complète, l'entretien des motivations du client, et in fine une meilleure rétention de la personne aux soins. Le rôle de soutien qu'adopte ISTMO peut aller jusqu'à l'« advocacy », le fait de plaider la cause de la personne devant telle ou telle structure sanitaire ou instance de régularisation.

Cependant, si ISTMO semble constituer un projet de case management spécifique aux primo-arrivants, il hérite aussi des difficultés de cette méthode de travail, dont la principale est souvent celle du nombre de dossiers à gérer par un professionnel. En effet, lors de notre visite, chaque membre de l'équipe avait la charge de 20 à 30 dossiers, chaque dossier nécessitant un accompagnement conséquent de la personne, aussi bien en intensité qu'en durée. A ce propos, de nombreux projets de case management reconnaissent l'absolue nécessité, pour le case management, d'édicter un plafond au-dessus duquel un case management de qualité n'est plus possible. C'est ce que n'a pas encore pu faire le projet ISTMO, qui n'existe après tout que depuis deux ans.

Et justement, le fait qu'ISTMO soit relativement jeune (2005) nous a permis de cerner les difficultés ou les questionnements propres à un projet récemment construit : ainsi, une des récentes difficultés qu'a connu ISTMO est le fait que les associations renvoyaient vers lui toute démarche impliquant une personne d'origine étrangère. Le projet a donc dû élaborer une importante sensibilisation du réseau, afin qu'il prenne aussi ses responsabilités à l'égard de cette population spécifique.

9.3 PROJET MIGRATION DU CONTACT NETZ : UN PROJET BERNOIS SE RECLAMANT DU TRANSCULTURALISME³⁸

Tout comme le contexte socio-politique a dû, inmanquablement, être pris en compte pour cerner les principes du projet ISTMO, il est nécessaire de l'introduire pour comprendre le projet Migration du Contact Metz de Bern. En effet, il semble que les lois suisses en matière d'immigration soient très restrictives, et il est très difficile pour des personnes d'origine étrangère d'obtenir la nationalité suisse. Ainsi, ce pays compte 20% de non-nationaux, pour

³⁸ Contact Bern, Jugend-, Eltern- und Suchtberatung des Contact Netz
Monbijoustrasse 70, Postfach 3000 Bern 23
Tel: +31 378 22 22
E-mail: contact.bern@contactmail.ch.

28 à 30% de personnes d'origine étrangère ; il y a donc peu de suisses issus de l'immigration, ce qui est bien différent de la situation belge. C'est sans doute aussi pour cela que les responsables de ce projet ont pointé l'importance du passage de l'interculturalisme au transculturalisme.

En 2000, seuls 4% des consultations du Contact Netz s'adressaient à des personnes d'origine étrangère, alors que ces dernières semblaient nettement plus nombreuses dans les structures à bas seuil de réduction des risques. Il y avait donc un seuil d'accès trop important pour arriver au Contact Metz, et ce d'autant plus que ce dernier ne peut s'adresser qu'à des personnes ayant un permis de séjour. Avec l'aide de l'université de Zurich, Contact Metz a voulu remédier à cette situation, en élaborant le projet Migration. Il arrive maintenant à une proportion de 22% de consultations s'adressant à des personnes d'origine étrangère.

Le projet Migration du Contact Netz de Bern cherche à développer une approche transculturelle, s'opposant à l'interculturalisme. Alors que l'interculturalisme tend à fixer la personne dans un « état » culturel, la transculturalité permet l'échange et le changement, tout en pouvant respecter la situation étrangère. La transculturalité permet donc de mieux prendre en compte l'évolution de l'intégration de la personne au sein du pays d'accueil, cette évolution pouvant osciller vers la culture d'accueil ou la culture d'origine. Dans ce schéma, la transculturalité permet tout à fait de travailler avec des soins alternatifs s'ils s'avèrent bénéfiques à la personne, comme par exemple un retour momentané au pays d'origine.

Si l'objectif du projet Migration est d'augmenter les compétences transculturelles, c'est parce qu'il ne cherche plus à travailler sur les différences culturelles, mais à savoir comment offrir des soins similaires à toutes les populations présentes en Suisse. Pour cela, le projet Migration cherche à diminuer les barrières culturelles, augmenter les contacts avec les minorités et augmenter l'importance des professionnels ayant des compétences transculturelles, voire une expérience migratoire.

Concrètement, le projet Migration tente de permettre aux usagers de drogues issus des minorités d'avoir accès à l'offre de soins classiques. Pour cela, il s'appuie sur les communautés locales et associations issues de la migration (écoles de langues, organisations religieuses, équipes de sport, organisations régionales, ...), des médiateurs interculturels, et des professionnels issus de minorités d'origine étrangère. Le projet développe aussi du matériel d'informations en différentes langues, et met à la disposition de la personne des traducteurs pour que le client puisse s'exprimer dans sa langue maternelle lors de sa première consultation.

En outre, il tient des réunions régulières à propos de clients communs entre institutions diverses, telles qu'institutions spécialisées, généralistes, sociales, professionnelles, etc. Il s'agit là d'une gestion de cas par le réseau, ce qui semble rapprocher le projet Migration du case management. Toutefois, parce que les autres principes sont un peu moins apparents, nous aurions tendance à dire qu'il ne s'agit que d'une concertation interinstitutionnelle.

Enfin, le projet bénéficie de la supervision d'experts reconnus issus de grandes institutions fédérales ou supranationales.

Divers problèmes existent encore et toujours. D'abord, le coût que ces actions génère des réticences de la part des associations : il n'est pas toujours aisé de payer les frais d'un traducteur. Ensuite, le support de la direction est variable. Or, pour un projet de ce genre, c'est un soutien continu qui semble nécessaire. Enfin, un travers du projet est que les professionnels tendent à déléguer ces gestions de cas vers des personnes issues de l'immigration. Il y a dès lors un travail permanent de sensibilisation et de formation à développer.

9.4 COMMUNITY ENGAGEMENT PROGRAMME: UN PROJET DE SANTE COMMUNAUTAIRE LARGEMENT PARTICIPATIF³⁹

Avec le projet du Community Engagement Programme, c'est sur les intéressantes perspectives qu'offre la santé communautaire que nous allons pouvoir nous pencher. En effet, il s'agit là d'un projet se basant très fortement sur la participation active des populations concernées, dans le but d'établir une définition pointue de leurs besoins en santé, spécifiquement liés à l'usage de drogues. Parce que la participation du public cible permet en même temps sa conscientisation et son 'empowerment', nous nous trouvons clairement face à un projet de santé communautaire.

C'est en 2000/2001, durant la phase pilote du programme national anglais de lutte contre les barrières empêchant l'égalité de l'offre de soins liés aux drogues, que le Centre of Ethnicity and Health développa le Community Engagement Model, par lequel les populations issues des minorités d'origine étrangère ont pris part à l'évaluation de leurs besoins spécifiques liés à l'usage de drogues.

³⁹ University of Central Lancashire, Harrington Building on Adelphi Street, Preston, Lancashire.

Le Centre of Ethnicity and Health (CEH) a été fondé en 1998, et s'est donné pour objectif de lutter contre l'inégalité dans les soins socio-sanitaires, ainsi que d'améliorer l'accès, l'usage, et l'efficacité des services à l'égard des minorités d'origine étrangère (Faqiri, 2007). Si le CEH est bien un centre de recherche académique, il répond à une importante visée pratique, puisqu'il cherche à ce que le processus de recherche bénéficie avant tout aux sujets mêmes de la recherche: la travail mené doit avoir des applications pratiques, et les résultats de la recherche doivent permettre l'évaluation et l'amélioration des relations entre les communautés et l'offre de soins (Faqiri, 2007). Enfin, le CEH vise aussi à enseigner et partager la connaissance, l'expertise, et les bonnes pratiques dans des champs tels que l'ethnicité et la santé (Faqiri, 2007).

Concrètement, dans le cadre du programme national « *Tackling Drugs to Build a Better Britain* », la proposition du CEH chercha particulièrement à faciliter l'engagement commun des communautés locales et des services locaux, dans un travail de changement substantiel (Winters & Patel, 2003). Le CEM développa un processus comportant plusieurs étapes, et dont les composantes essentielles furent: un facilitateur qui crée un environnement au sein duquel les organisations communautaires et les associations socio-sanitaires travaillent ensemble autour d'une thématique spécifique à propos des barrières dans l'accès aux soins. Grâce à l'identification de ressources et la création d'outils, les communautés peuvent améliorer l'offre de soins (Winters & Patel, 2003).

C'est ainsi que 47 groupes communautaires et organisations volontaires ont pris part au programme originel. De nombreuses méthodes furent utilisées: questionnaires, interviews semi-structurés, interviews ouverts, focus groups, interviews par téléphone, ateliers de travail... De nombreux groupes ont utilisé et éventuellement combiné l'approche et la méthode en fonction du groupe cible. Au total, c'est plus de 12 000 personnes, issues de trente groupes ethniques, diversifiées selon des critères tels que la langue, la religion, la culture, le genre, la sexualité, et l'âge, qui ont pu être consultées (Bashford, Buffin & Patel, 2003). Tout au long du projet, les communautés ont reçu un soutien conséquent de la part du CEH, que ce soit par des formations, du support des professionnels, des financements, ou encore des comités d'accompagnement. Ce soutien a été crucial pour s'assurer de la bonne conduite de la recherche, de la production du rapport, et du fait que les recommandations soient prises au sérieux par après (Bashford, Buffin & Patel, 2003). Au sein des 51 rapports écrits, les résultats divers donnent une image des niveaux de connaissance et de conscience des dangers liés à l'usage de drogues; de l'impact de cet usage sur les familles; de la précarisation et de la discrimination; de la criminalité et du deal de produits stupéfiants; de l'usage de drogues chez les personnes interviewées; de la recherche d'aide et de la connaissance de l'offre de soins (Bashford, Buffin & Patel, 2003). Même si les rapports individuels n'ont qu'un impact local, il est clair que la somme des données est impressionnante.

Six et douze mois après que le projet se soit terminé, l'impact à plus long terme a été mesuré. A cette occasion, il a été possible de constater des changements positifs et durables aux niveaux des organisations, des communautés et des services (Winters & Patel, 2003). Mais c'est avant tout l'impact individuel qui a été mis en lumière: en effet, les participants n'ont pas seulement pris connaissance des besoins de leurs communautés, ils ont aussi acquis une connaissance et une compréhension de l'usage des drogues et des problématiques qui peuvent l'accompagner, des techniques de recherche, des techniques d'interview, de l'expérience dans le management, de la connaissance du travail des Drug Action Teams et des techniques de gestion du temps et de la communication. Le fait que 22% ont eu un emploi sûr dans le secteur socio-sanitaire, et que certains ont repris des études ou comptent développer leur carrière dans le secteur lié aux drogues, est d'une grande importance (Winters & Patel, 2003). Même s'il y a une acceptation générale du succès du modèle, il n'y a pas encore de certitude à propos des réels changements à long terme ou à propos de leur durabilité, ce qui est recherché *in fine*.

Depuis la phase pilote du CEP, plus de 120 communautés ont participé, et plus de 10000 personnes ont été interviewées. Même si l'équipe du CEH est animée d'un grand enthousiasme et croit en la pertinence du CEM, de nombreuses difficultés doivent être mentionnées. Tout d'abord, d'intenses négociations ont été nécessaires pour s'assurer du soutien du gouvernement pour financer les communautés et pour donner la conduite de la recherche aux mains de personnes ne possédant pas le back-up académique. De même, il a fallu convaincre certaines Drug Action Teams de participer et du fait que les résultats de l'évaluation des besoins allaient être utilisés. Alors que le CEM constitue une nouvelle méthode de travail, les Drug Action Teams étaient parfois confrontées à la peur de l'inconnu, aux inquiétudes liées aux rôles traditionnels et à l'équilibre des responsabilités. Beaucoup d'efforts ont dû être accomplis pour dépasser les conservatismes. Enfin, les membres des communautés engagés dans le CEP n'ont pas toujours réalisé la somme de travail que cela pouvait impliquer, somme de travail d'autant plus grande que la rétention était parfois mise à mal.

Ce qui rend le CEM unique et intéressant, c'est que les membres du public cible sont recrutés et formés à l'évaluation des besoins. Cela semble avoir amélioré l'accès des chercheurs aux problèmes rencontrés par les minorités ethniques, toute la question étant de savoir pour quelles populations cet accès est difficile.

9.5 CONCLUSIES – CONCLUSIONS

9.5.1 CONCLUSIES

We hebben de gelegenheid gehad drie buitenlandse projecten te bezoeken die volkomen verschillende praktijken ontwikkelen: zo baseert het Community Engagment Programme zich grotendeels op de etnisch-culturele gemeenschappen, terwijl het Contact Netz transculturaliteit beoogt. Tussen deze twee extremen bevindt zich het project ISTMO dat zich resoluut in een interculturalistisch perspectief plaatst en gebruik maakt van methodes die dicht aanleunen bij die van case management. Deze drie praktijken lijken dus wel degelijk fundamenteel te verschillen, zowel in hun principes als in hun doelstellingen.

Daarnaast hebben we kunnen vaststellen dat deze praktijken een plaats vinden in specifieke socio-politieke contexten: het is niet voor niets dat transculturalisme in Zwitserland wordt toegepast, terwijl meer gemeenschapsgerichte benaderingen in Groot-Brittanië werden opgesteld. Het is bijgevolg zeker niet aangewezen om een buitenlandse praktijk eenvoudigweg naar de eigen context te ‘kopiëren’; het is immers noodzakelijk dat deze praktijk overeenstemt met de specifieke context waar die geïmplementeerd wordt.

Wij zijn ervan overtuigd dat vooral het transculturalistisch perspectief van betekenis kan zijn voor de Belgische context, met name omdat het toelaat om, in een wereld die continu evolueert en permanent globaliseert, de persoon niet in te sluiten in diens culturele achtergrond. Gedurende de interviews hebben wij de gelegenheid gehad om zeer diverse migratietrajecten en gediversifieerde verhoudingen tot het gastland en het land van oorsprong aan te treffen. Het zou dus fout zijn om de persoon te beschouwen als in de grond vastgehecht aan de culturele codes van zijn land van herkomst, wat interculturalisme neigt te doen. Het transcultureel perspectief, dat tot doel heeft zich te baseren op transculturele en universele codes biedt ongetwijfeld doorgedreven voordelen voor onze huidige samenleving.

Evenwel, zich louter tot transculturalisme beperken zou fout zijn: men moet immers de voordelen van interculturalisme erkennen, met name wat betreft de betekenis ervan bij de toepassing in het zorgaanbod en meer specifiek de wil om ‘de eerste stap’ te zetten naar de persoon en om het contact met hem/haar te vergemakkelijken. Zo kan, indien het transculturalisme het hoofdprincipe uitmaakt van het zorgaanbod ten aanzien van druggebruikende personen behorend tot etnisch-culturele minderheden, het startpunt van dit aanbod gefaciliteerd worden door interculturele bemiddelaars die de originele culturele codes van de personen kennen of op zijn minst vertrouwd zijn met en open staan voor ‘het anders zijn’.

Op praktische en pragmatische wijze zal het ongetwijfeld noodzakelijk zijn om een diversiteit aan zorgopties te garanderen, die beantwoorden aan de diversiteit van zorg- en migratietrajecten en van profielen van de druggebruikende personen die behoren tot een etnisch-culturele minderheid. Nogmaals, de individualisering van behandelingen werd ‘met overweldigende meerderheid’ verkozen en we kunnen ons niet beperken tot één enkele manier om met druggebruikende etnisch-culturele minderheidsleden te werken. Op dit punt zou case management belangrijke voordelen kunnen bieden, onder meer voor personen die slechts beperkt geïntegreerd zijn, zoals diegene die zonder geldige verblijfsdocument in België verblijven. Het project ISTMO heeft uitgewezen dat een beleid van geïndividualiseerde, intens opgevolgde casussen, gecoördineerd door één enkele professioneel, veel voordelen opleverde ten aanzien van de minder geïntegreerde personen.

Niettemin weten we ook dat case management geen wondermiddel vormt: de voornaamste moeilijkheid aan deze hulpverleningsvorm bestaat uit het gegeven dat het aantal dossiers dat door één professioneel beheerd wordt moet gelimiteerd worden. We weten dat vermoeidheid in teams een gevolg kan zijn van de werkdruk, waarbij de case manager zeer snel geconfronteerd kan worden met het dilemma een keuze te moeten maken tussen zijn ethische principes om aan iedere persoon in nood hulp te bieden en de nood om zijn eigen kader en professionele grenzen te respecteren. Het is noodzakelijk zich daar ten volle bewust van te worden om zo een efficiënte toepassing van case management te waarborgen.

De efficiëntie van case management kan door minstens drie maatregelen bevorderd worden. Vooreerst mag het aantal dossiers per case manager niet te omvangrijk zijn zodat de case manager de dossiers intensief kan beheren. Dit impliceert bijgevolg dat case management ondersteund moet worden met voldoende middelen. Ten tweede dienen de doelgroepen van cliënten die nood hebben aan hulp van de case manager goed bepaald en afgebakend te worden. Zo is, zoals reeds aangehaald, case management niet voor alle doelgroepen interessant, maar wel specifiek bijvoorbeeld voor personen die zonder geldige verblijfsdocumenten in België verblijven. Ten derde moet case management uitgaan van het principe dat het begrensd is in de tijd: indien het de fundamenten voor het zorgtraject installeert moet dit zich idealiter organiseren binnen het klassieke zorgaanbod en de transculturalistische tendens.

Toch blijft het moeilijk om de behoeften van de verschillende populaties goed te vatten. De principes van gemeenschapsgerichte gezondheidszorg zoals toegepast door het CEH brengen in dit verband een aantal

relevante antwoorden, gezien deze gemeenschapsgerichte gezondheidszorg de identificatie van de behoeftes van de bevolking door de bevolking zelf organiseert. Dat stelt hen in staat deel te nemen aan het definiëren van het gezondheidsbeleid en de dikwijls grote kloof die hen scheidt van het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod in zekere mate te dichten.

Niettemin is het noodzakelijk alert te blijven over het feit dat men de cliënt niet mag opsluiten in zijn/haar 'groep' of oorspronkelijke gemeenschap: uit dit onderzoek is immers gebleken dat mensen uit etnisch-culturele minderheden zich soms in een constante spanningsverhouding bevinden ten aanzien van hun oorspronkelijke 'groep' waarmee de band versterkt en verzwakt over verschillende periodes heen. De gemeenschappen waar de gemeenschapsgerichte zorg zich op richt, zijn in geen enkel opzicht statisch of monolithisch; integendeel, ze kunnen gebaseerd zijn op criteria die gedurende het leven van een persoon veranderen, zoals bijvoorbeeld de wijk waarin deze persoon woont. In dit geval is het eerder de wijk die de gemeenschap vormt en niet de culturele origine van de persoon. Zodoende *kunnen* de culturele origines van personen hun gemeenschap vormen, maar het is essentieel deze in overeenstemming te brengen met andere, uiterst verschillende, criteria, zoals de socio-economische status, vermits de culturele origine van een persoon behorend tot een etnisch-culturele minderheid niet volledig diens verhouding tot de hulpverlening verklaart.

9.5.2 CONCLUSIONS

Nous avons donc eu l'occasion de visiter trois projets étrangers développant des pratiques tout à fait différentes : ainsi, le Community Engagement Programme se base largement sur les communautés ethnico-culturelles, alors que le Contact Netz vise à la transculturalité. Entre ces deux extrêmes, le projet ISTMO se place résolument dans une perspective interculturelle, en employant des méthodes proches de celles du case management. Ces trois pratiques semblent donc bel et bien foncièrement différentes, aussi bien dans leurs principes que dans leurs objectifs.

Force est de constater, secondement, que ces pratiques prennent place dans des contextes socio-politiques opportuns : ce n'est pas pour rien que le transculturalisme est appliqué en Suisse, alors que des approches plus communautaires sont mises en place en Grande-Bretagne. Ainsi donc, il n'est certainement pas adéquat de se limiter à copier une pratique ayant rencontré un certain succès à l'étranger : encore faut-il que cette pratique corresponde à la situation de notre pays.

Ainsi, à nos yeux, la perspective transculturaliste pourrait être tout à fait opportune au contexte belge, notamment parce qu'elle permet, dans un monde en constante évolution et en permanente globalisation, de ne pas enfermer la personne dans sa culture d'origine : lors de nos interviews, nous avons eu l'occasion de rencontrer des trajectoires de migrations très différentes, et des rapports aux pays d'origine et d'accueil très diversifiés. Ce serait donc une erreur que de percevoir la personne comme foncièrement attachée aux codes culturels de son pays d'origine, ce que l'interculturalisme aurait tendance à faire. La perspective transculturaliste, qui vise à se baser sur les codes transculturels et universels, présente sans doute des avantages conséquents pour notre société multiculturelle.

Toutefois, se limiter uniquement au transculturalisme serait une erreur : il faut en effet reconnaître les avantages liés à l'interculturalisme, notamment en ce que son application dénote, de la part de l'offre de soins, la volonté de faire 'un premier pas' vers la personne, et de faciliter le contact avec cette dernière. Ainsi donc, si le transculturalisme peut constituer le principe-phare de soins à l'égard des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, les débuts de cette offre peuvent être facilités par des médiateurs culturels connaissant les codes culturels originels de la personne, ou du moins étant habitués et ouverts à l'altérité.

De manière pratique et pragmatique, il est sans doute nécessaire d'assurer une diversité de l'offre de soins, répondant à la diversité des trajectoires de soins et de migrations, des profils des usagers de drogues issus des minorités d'origine étrangère, etc. Encore une fois, l'individualisation des traitements a été largement plébiscitée, et nous ne pouvons nous limiter à l'une ou l'autre manière de travailler avec les usagers de drogues issus des minorités. A cet égard, le case management pourrait induire d'importants avantages, surtout peut-être pour les minorités très peu intégrées, comme celles en séjour illégal : le projet ISTMO a démontré qu'une gestion de cas individualisée, intense, et coordonnée par un seul professionnel, pouvait payer davantage concernant les minorités peu intégrées.

Toutefois, nous savons que le case management ne constitue pas non plus la panacée : la principale difficulté, qui lui est intrinsèque, consiste en une nécessaire limite du nombre de dossiers à gérer par un seul professionnel. Nous savons que la fatigue des équipes guette dès que la charge de travail est conséquente ; or, le case manager peut très vite se trouver confronté à opérer un choix cornélien, entre ses principes éthiques d'aide à toute personne dans le besoin, et la nécessité de respecter son cadre et ses limites professionnelles. Il est nécessaire d'en prendre pleinement conscience, afin d'assurer un usage efficient du case management.

Cette efficience du case management peut être favorisée au moins par trois mesures : tout d'abord, s'il est nécessaire de permettre au case manager de gérer intensivement les dossiers, ces derniers doivent être peu nombreux. Il s'agit donc d'assortir le case management des moyens qui lui sont nécessaires. Ensuite, il s'agit aussi de cibler les cas nécessitant l'aide d'un case manager : nous l'avons dit, le case management n'est vraiment intéressant que pour certains groupes, comme par exemple les illégaux. Pour le dire autrement, le case management ne doit certainement pas s'adresser à des personnes déjà largement intégrées dans le pays, cette intégration étant sans doute à évaluer au cas par cas. Enfin, le case management doit bien partir du principe qu'il est circonscrit dans le temps : s'il construit les fondations du parcours de soins, celui-ci doit, idéalement, s'organiser au sein de l'offre de soins classique et à tendance transculturaliste.

La difficulté est alors de cerner les besoins des différentes populations. Les principes de santé communautaire appliqués par le CEH présent, à ce propos, des réponses pertinentes, puisque la santé communautaire organise l'identification des besoins de la population, par la population elle-même. Cela lui permet de prendre part à la définition des politiques de santé, et de combler le fossé, parfois béant, qui la sépare de l'offre de soins institutionnalisés.

Cependant, il est alors nécessaire de rester attentif au fait de ne pas, à nouveau, enfermer la personne dans son groupe ou sa communauté d'origine : entre les lignes, notre recherche aura démontré que la personne est en tension constante avec son groupe d'origine, avec qui les liens se solidifient et s'atténuent selon les périodes. Les communautés auxquelles s'adresse la santé communautaire ne sont en rien statiques et monolithiques : au contraire, elles peuvent être basées sur des critères changeant au cours de la vie de la personne, comme par exemple le quartier dans lequel elle habite. Dans ce cas, c'est bien le quartier qui forme la communauté, et non pas les origines culturelles. Ainsi donc, les origines culturelles *peuvent* former la communauté, mais il est essentiel de les mettre en adéquation avec d'autres critères extrêmement divers, comme le statut socio-économique, dès lors que les origines culturelles n'expliquent pas tout des rapports aux soins de la personne d'origine étrangère.

Referenties – Références

- Bashford, J., Buffin, J. & Patel, K. (2003) *Community Engagement 2: The Findings*. Preston: Centre for Ethnicity and Health University of Central Lancashire.
- Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse, Cel Statistiek (2007). *Bevolking en huishoudens. Brussels Hoofdstedelijk gewest*. Brussel: Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. http://portail.irisnet.be/cmsmedia/nl/si_2006_bevolking_en_huishoudens.pdf?uri=43742a9611346ccd0111374fb9500352 (29/08/2007).
- Databank Sociale Planning (2007). *Bevolking in cijfers 01/2007. Stad Antwerpen*. Antwerpen: Databank Sociale Planning. http://www.antwerpen.be/docs/Stad/Bedrijven/Sociale_zaken/SZ_Databank/Pdfs_juni_2007/Demografie%20print%20januari%202007.pdf (29/08/2007);
- Dewilde, J. (2005). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe*. Gent: Academia Press.
- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., De Ruyver, B. & Alexandre S. (2004). *Entre rêve et action: implémentation du case management pour usagers de drogues dans le secteur de la santé et le secteur judiciaire: résumé*. Bruxelles : Service Public Fédéral de Programmation Politique Scientifique.
- Krueger, R.A. (1988). *Focus Group: a practical guide for applied research*. New York: Sage Publications, Newbury Park, Cal.
- Krueger R.A. & Casey M.A. (2000). *Focus Group: a practical guide for applied research (3d edition)*. New York: Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Kuckartz, U (1998). *WinMAX. Scientific text analysis for the social sciences. User's guide*. Berlin: Udo Kuckartz, BSS.
- Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 3, 279–297.
- Service Federal Economie PME Classes Moyennes et Energie (2004). *Population et Ménages: Population étrangères*. Bruxelles: Service Federal Economie. http://mineco.fgov.be/press_releases/press_releases_pdf/press_release_03062005_fr.pdf (07/09/2007).
- Stadsbestuur van Gent – Dienst Bevolking (2007). *Evolutie en samenstelling van de bevolking. Demografie 2006*. Gent: Stadsbestuur Gent: http://www.gent.be/docs/Departement%20bevolking%20en%20Welzijn/Dienst%20bevolking/demo2006_hfst1.pdf (29/08/2007).
- Stadsbestuur van Gent – Dienst Bevolking (2007). *Bevolking van vreemde nationaliteit. Demografie 2006*. Gent: Stadsbestuur Gent: http://www.gent.be/docs/Departement%20bevolking%20en%20Welzijn/Dienst%20bevolking/demo2006_hfdst6.pdf (29/08/2007).
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93–116.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K. & Broekaert, E. (2003). *De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling*. Vakgroep Orthopedagogiek – Universiteit Gent, Provinciaal Platform Middelenmisbruik – Provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ. <http://www.ortserve.rug.ac.be/img/doc/Gedrukte%20versie%20tweede%20instroompublicatie%20met%20lettertype.pdf> (29/08/2007).
- Winters, M. & Patel, K. (2003) *Community Engagement. Report 1: The Process*. Preston: Centre for Ethnicity and Health, University of Central Lancashire.

DEEL 4: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

PARTIE 4: CONCLUSIONS ET RECOMMENDATIONS

HOOFDSTUK 10: CONCLUSIES

CHAPITRE 10: CONCLUSIONS

10.1 TERUGKOPPELING NAAR PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

10.1.1 INLEIDING

In dit onderzoek werd getracht een antwoord te formuleren op de volgende centrale **probleemstelling**: *“Maken druggebruikers die behoren tot etnisch-culturele minderheden minder vaak of op een andere manier gebruik van het bestaande hulpverleningsaanbod en in welke mate doen zij vaker beroep op een alternatief hulpverleningsaanbod buiten het ‘klassieke’ aanbod?”*. Tevens werden een drietal **werkhypothesen** getoetst op hun plausibiliteit. In wat volgt, staan we stil bij een aantal belangrijke bevindingen uit het hiervoor beschreven onderzoek die getoetst komen aan het zoeken naar antwoorden op deze onderzoeksvragen.

10.1.2 PROBLEEMSTELLING

10.1.2.1 Trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden

Tijdens deze studie werd het duidelijk dat men het zorgtraject van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid niet los kan zien van hun gebruikstraject en van hun individueel levenstraject, achtergrond en geschiedenis. We spreken daarom in deze context van een **trajectensysteem**. Indien we wensen na te gaan in welke mate en op welke manier het zorgtraject van personen uit etnisch-culturele minderheden al dan niet verschilt van dat van personen van Belgische afkomst, is het dan ook absoluut noodzakelijk om het hele trajectensysteem mee in beschouwing te nemen.

Uit de diverse onderzoeksluiken van deze studie is gebleken dat het trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden niet eenduidig getypeerd kan worden. Zo vinden we ook in dit onderzoek geen eenduidigheid inzake onder meer de prevalentie en de aard van het druggebruik en zorggebruik door personen afkomstig uit etnisch-culturele minderheden. Eén van de voornaamste conclusies van dit onderzoek is dan ook dat voornamelijk **individuele factoren** het genuanceerd verloop van de diverse trajecten bepalen, zowel qua druggebruik als wat betreft zorggebruik. Ook Scheppers en collegae (2006) kwamen aan het einde van hun studie tot een gelijkaardige bevinding. Deze bevinding wordt wellicht sterk beïnvloed door het gegeven dat de groep ‘personen uit etnisch-culturele minderheden’ een bijzonder moeilijk af te bakenen groep is, waarvoor verschillende criteria gehanteerd kunnen worden (bv. nationaliteit, geboorteland, geboorteland ouders, naam,...). Bovendien dient benadrukt te worden dat de onderzoeksgroep een bijzonder **heterogene** groep is. Zo zijn er binnen deze groep heel wat verschillen, onder meer, qua nationaliteit, geboorteland, achtergrond, migratiegeschiedenis, huidige sociaal-economische status, enzovoort. Tevens willen we benadrukken dat het hanteren van het criterium nationaliteit en/of geboorteland op zich ook geen homogene groepen oplevert, want ook binnen deze groep zijn er nog bijzonder veel intra-groep-verschillen (bv. opleiding, stedelijke of rurale achtergrond). Het is daarom niet evident en vooral niet wenselijk om op basis van dit onderzoek *hét* traject van etnisch-culturele minderheden eenduidig te definiëren. Bovendien moeten we er ons op elk moment van bewust dat deze doelgroep een bijzonder grote **diversiteit** omvat, wat ook duidelijk naar voren komt in de aanbevelingen (zie hoofdstuk 11).

Als we de gebruiks- en zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden vergelijken met die van personen van Belgische etnische herkomst, vinden we dan ook zowel heel wat verschillen als gelijkenissen. We kunnen daarom geen eenduidig antwoord formuleren op de vraag of het trajectensysteem van etnisch-culturele minderheden al dan niet in belangrijke mate verschilt van het trajectensysteem van cliënten van Belgische afkomst. Het antwoord op deze vraag lijkt bovendien vooral afhankelijk van de keuze die men maakt om de gelijkenissen te benadrukken dan wel te focussen op de verschillen. Ondanks de voorzichtigheid die we dus aan de dag dienen te leggen bij de bespreking en interpretatie van de onderzoeksresultaten willen we in dit besluit niettemin een aantal opvallende inzichten samenbrengen. We focussen hierbij logischerwijze vooral op verschillen – eerder dan op gelijkenissen – tussen etnisch-culturele minderheden en cliënten van Belgische etnische herkomst met betrekking tot hun trajectensysteem, om uiteindelijk te komen tot een aantal aanbevelingen waardoor beter kan

tegemoot gekomen worden aan de specifieke noden van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid.

1) Omvang en demografische en sociale kenmerken van personen van niet-Belgische herkomst

Het kwantitatief onderzoeksluik geeft ons enig inzicht in de **omvang** van het aantal cliënten van niet-Belgische etnische herkomst in de drughulpverlening. Hoewel de wijze van registratie en daarmee het criterium waarmee de groep 'personen uit etnisch-culturele minderheden' wordt afgebakend in de drie kwantitatieve studies verschilde, is gebleken dat ongeveer 12 à 20% van de cliënten in de drughulpverlening (afhankelijk van het gehanteerde criterium) behoren tot een etnisch-culturele minderheid. Dit percentage ligt in de lijn van het totaal aantal personen van niet-Belgische afkomst in ons land (cf. NPDATA, 2007).

Er bleken een aantal opvallende verschillen inzake **demografische en sociale karakteristieken**. Zo bevinden zich onder de cliënten van niet-Belgische afkomst significant minder vrouwelijke cliënten in vergelijking met de cliënten van Belgische herkomst. Ook blijken cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden ouder te zijn wanneer zij een beroep doen op het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod.

Gezien het leeftijdsverschil mag het niet verwonderen dat cliënten van niet-Belgische oorsprong vaker samenleven met hun partner en kinderen, terwijl cliënten van Belgische afkomst frequenter bij hun ouders of enkel met hun partner samenleven. Cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid wonen tevens vaker in een grootstad dan cliënten van Belgische afkomst.

Een ander opvallend verschil betreft de socio-economische status van de cliënten, met duidelijke aanwijzingen dat cliënten van niet-Belgische afkomst zich in een ietwat ongunstigere en meer precaire situatie bevinden dan cliënten van Belgische herkomst, gezien beduidend meer personen onder hen recht hebben op een maximumfactuur, werkloos of onzeker tewerkgesteld zijn en/of schulden hebben. Deze minder gunstige sociaal-economische situatie van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden wordt ook bevestigd in andere studies (zie o.m. Haasen, 2007; Jackson et al., 1996; Schneider, 2001).

2) Gebruikspatronen en -trajecten

De geraadpleegde literatuur met betrekking tot de prevalentie en aard van het druggebruik bij etnisch-culturele minderheden vertoont tegenstrijdige resultaten: een aantal studies wijst op duidelijke verschillen (Argeriou & Daley, 1997), terwijl andere studies weinig tot geen verschillen konden aantonen (Adrian, 2002).

Op basis van deze studie zijn er een aantal aanwijzingen dat personen van niet-Belgische afkomst omwille van problemen met **andere middelen** een beroep doen op de hulpverlening in vergelijking met cliënten van Belgische herkomst. Zo bleek uit het kwantitatieve onderzoeksluik dat cliënten van Belgische herkomst veel vaker alcohol gebruiken en misbruiken, naast meer problematisch gebruik van XTC en amfetamines. Cliënten afkomstig uit etnisch-culturele minderheden rapporteren frequenter het gebruik van heroïne, cocaïne en methadon, wat samenhangend met hun oudere gemiddelde leeftijd. Ook binnen de groep cliënten van niet-Belgische herkomst zijn er heel wat verschillen in middelengebruik (cf. Haasen, 2007). Zo ligt het alcoholgebruik met name lager bij personen van Marokkaanse afkomst, terwijl dit bij personen van Nederlandse en Oost-Europese afkomst sterk vergelijkbaar is met dat van personen van Belgische afkomst. Eenduidige bevindingen over verschillen in gebruikspatronen bij diverse etnisch-culturele groepen kunnen op basis van deze onderzoek niet gedaan worden, onder meer omwille van de exclusieve focus op personen in behandeling en de kleine aantallen in bepaalde subgroepen. Dit onderzoek kan geen uitsluitsel geven over eventuele verschillen in de wijze van gebruik, gezien uit de ene studie (provincie Antwerpen) is gebleken dat intraveneus druggebruik vaker voorkomt bij cliënten van niet-Belgische afkomst, terwijl dit beeld niet bevestigd wordt in de data van de vzw De Sleutel. Dit resultaat kan vooral toegeschreven aan de gebruikswijze binnen bepaalde etnische subgroepen (vooral van Oost-Europese afkomst), die veel minder vertegenwoordigd zijn in het databestand van de verschillende voorzieningen van de vzw De Sleutel.

Gezien er nauwelijks vergelijkbaar Belgisch onderzoek voorhanden is en buitenlandse studies om diverse redenen niet generaliseerbaar zijn naar de Belgische context, kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over verschillen in middelengebruik en gebruikswijze. De bevindingen uit dit onderzoek met betrekking tot middelengebruik dienen dan ook met de nodige omzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

3) Zorggebruik en zorgtrajecten

De veelvoorkomende veronderstelling in de geraadpleegde literatuur dat etnisch-culturele minderheden ondervertegenwoordigd zouden zijn in de verslavingszorg en ook sneller de behandeling verlaten, kan op basis van dit onderzoek in België niet ondersteund worden. Hoewel de resultaten van deze studie geen definitief

uitsluitel kunnen geven over de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheden in de geïnstitutionaliseerde verslavingszorg, vonden we een aantal duidelijke aanwijzingen die laten vermoeden dat personen uit etnisch-culturele minderheden wel degelijk de weg vinden naar de hulpverlening, hoewel er niettemin sprake is van een kwalitatief verschillend zorggebruik. Bovendien is het duidelijk dat bepaalde subgroepen, zoals vrouwen, jongeren en personen van Oost-Europese en Afrikaanse afkomst minder vertegenwoordigd zijn in de bestudeerde steekproeven. Dit laat vermoeden dat deze – en wellicht nog andere – subgroepen binnen de groep van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden minder een beroep doen op de geïnstitutionaliseerde (drug)hulpverlening. Ze kunnen echter ook wijzen op een andere samenstelling van de gebruikerspopulatie binnen deze groepen.

In wat volgt, gaan we dieper in op een aantal opvallende bevindingen uit dit onderzoek, hoewel we nogmaals wensen te benadrukken dat de lezer zich ervan bewust moet zijn dat sommige resultaten niet consistent bevonden werden doorheen de onderscheiden onderzoeksluiken en deze indicaties bovendien geen extreme verschillen tussen beide groepen weerspiegelen.

Uit het onderzoek in de provincie Antwerpen blijkt dat personen van niet-Belgische herkomst later zouden **instromen** in de hulpverlening en deze ook vaker vroegtijdig zouden verlaten. Cliënten uit etnisch-culturele minderheden beroepen zich verhoudingsgewijs duidelijk vaker op hulpverleningsvormen binnen de **ambulante** drughulpverlening, zoals medisch georiënteerde programma's, substitutiebehandeling, individuele begeleiding en laagdrempelige opvang. Aansluitend hierbij valt het op dat cliënten van Belgische herkomst zich meer ambulant laten begeleiden omwille van psychische problemen en ook vaker een beroep doen op een psychiater. Dit sluit ook aan bij de bevinding dat deze personen vaker antidepressieve medicatie krijgen voorgeschreven in vergelijking met druggebruikende cliënten uit etnisch-culturele minderheden. Nochtans komen allerlei psychische problemen (met name depressie) ongeveer in gelijke mate voor in verscheidene etnische groepen. Inzake **residentiële hulpverlening** stellen we vast dat druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden significant minder gebruik maken van het residentiële zorgaanbod, zowel binnen de gespecialiseerde drughulpverlening als niet-categoriale hulpverlening. Deze bevinding lijkt evenwel niet geheel op te gaan voor personen van Marokkaanse afkomst.

Wat de verwijzende instantie betreft, vinden we enige indicaties dat bij etnisch-culturele minderheden het informele netwerk (partner, familie) en justitie een belangrijkere rol spelen. Verder wijzen de resultaten van het onderzoek in de provincie Antwerpen erop dat een intakegesprek van een cliënt van niet-Belgische afkomst minder vaak tot het opstarten van een begeleiding leidt, omdat ze zelf vroegtijdig afhaken. Deze bevinding is ook reeds uit ander onderzoek gebleken (Verdurmen et al., 2004). Tevens zijn er aanwijzingen dat hulpverleners personen van niet-Belgische afkomst vaker meteen doorverwijzen naar een andere voorziening, wat er zou kunnen op wijzen dat deze doelgroep niet altijd bij de meest geschikte hulpverleningsinstantie aanklopt.

Uit het kwalitatieve onderzoeksluik komt tenslotte het grote belang naar voor van zogenaamde '**alternatieve copingmechanismen**' die etnisch-culturele minderheden gebruiken om om te gaan met drugproblemen. Het betreft onder meer een kort- of langdurig verblijf in het land van herkomst, het zich verdiepen in de religie, het gebruik van alternatieve medicatie of geneeswijzen en het huwelijk als redmiddel om het druggebruik onder controle te krijgen. Het aanwenden van dergelijke 'alternatieve' copingmechanismen gebeurt vaak in samenspraak met of zelfs onder druk van de familie van de druggebruiker. Deze copingmechanismen kunnen de geïnstitutionaliseerde drughulpverlening vervangen of er complementair mee zijn; beiden kunnen ongeveer op hetzelfde moment dan wel op verschillende tijdstippen in iemands zorgtraject voorkomen. Het betreft immers een sterk individueel afhankelijk gegeven.

10.1.2.2 Beïnvloedende factoren

Verschillen in drug- en zorggebruik tussen cliënten afkomstig uit een etnisch-culturele minderheid en van Belgische herkomst kunnen aan diverse factoren toegeschreven worden. Vooral uit het kwalitatieve onderzoeksluik is gebleken dat eerstgenoemde groep tal van barrières kan ervaren met betrekking tot de toegang tot en deelname aan het reguliere hulpverleningsaanbod. Een heel belangrijke bevinding is dat deze barrières een sterk individueel karakter hebben. Ze zijn bovendien tijdsgebonden en kunnen dus fluctueren gedurende het zorgtraject. Ook Scheppers en collega's (2006) wezen eerder op de relatieve aard van obstakels. Dit impliceert dat de gerapporteerde barrières zich niet tot generalisatie lenen, doch indicatief zijn voor de bestaande knelpunten inzake de zorgtrajecten van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening.

Een gebrek aan culturele gevoeligheid bij zorgverstrekkers, taal- en communicatieproblemen, een medisch- en religieus gekleurde visie op druggebruik en –behandeling en het zich niet aangesproken en geholpen voelen door een op Westerse leest geschoeid programma, het zijn slechts enkele van de mogelijke obstakels die personen van

niet-Belgische afkomst blijken te ervaren met betrekking tot het geïnstitutionaliseerd hulpverleningsaanbod⁴⁰. Deze belemmerende factoren kunnen van praktische, culturele en institutionele aard zijn. We plaatsen de waargenomen obstakels in een ruimer kader door te verwijzen naar het overzicht van Scheppers en collega's (2006) van potentiële barrières waar etnische minderheden tegenaan lopen bij hun contacten met de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 2). Zij delen deze barrières op in drie grote groepen: barrières op cliëntniveau, barrières op hulpverleners- en/of voorzieningniveau en barrières op systeemniveau. In wat volgt, geven wij een niet-exhaustief overzicht van waargenomen barrières die personen uit etnisch-culturele minderheden kunnen ervaren.

1) Cliëntniveau

Op het cliëntniveau vermelden Scheppers et al. (2006) vooreerst tal van **demografische variabelen** die een barrière kunnen vormen om hulp te zoeken, zoals leeftijd, gehuwd zijn, het hebben van kinderen, vrouw zijn, Op basis van ons onderzoek is er duidelijke ondersteuning voor deze cluster van variabelen: vrouwen, jongeren en ongehuwden zijn relatief ondervertegenwoordigd binnen de steekproef van cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden.

Een volgende cluster barrières heeft betrekking op **sociaalstructurele variabelen**, zoals etniciteit, opleiding, sociale klasse en economische status, leefomstandigheden, leefgewoontes, familiale en sociale ondersteuning, cultuur, verblijfsduur, acculturatie, taalvaardigheden, communicatie en vertaling. In dit verband kwamen uit dit onderzoek vooral de precaire sociale situatie (opleiding en tewerkstelling) en de frequentere contacten met politie en justitie situatie van druggebruikers van Marokkaanse afkomst aan het licht als potentiële barrières. Ook taalvaardigheid is een belangrijke barrière gebleken.

Ook **opvattingen** over en **attitudes** ten aanzien van zorg kunnen volgens Scheppers en co een barrière vormen. Hieronder verstaan zij factoren zoals tijdsoriëntatie en opvattingen over doelstellingen en waarden met betrekking tot gezondheid en ziekte, percepties over en attitudes ten aanzien van gezondheidsvoorzieningen en hulpverleners en kennis over fysiologie en ziekte. Dit onderzoek toont aan dat verder het zich niet kunnen identificeren met andere druggebruikers, een negatieve perceptie van de kwaliteit van de hulpverlening, de perceptie van methadongebruik als drugs, het niet begrijpen of waarderen van psychologie en een gebrek aan geloof en vertrouwen in de hulpverlening, mogelijke barrières vormen voor druggebruikers behorende tot etnisch-culturele minderheden.

Ook kunnen **persoonsgebonden variabelen** aan de basis liggen van problemen om in contact te komen met de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Scheppers en collega's noemen in dit verband factoren zoals immigratiewetten, inkomen en financiële middelen, toegang tot ziekteverzekering, bronnen van advies en ondersteuning, kennis van gezondheidsvoorzieningen en het gebruik ervan, beschikbare tijd en stress. Ons onderzoek biedt ondersteuning voor de aanwezigheid van barrières inzake de kennis van het aanbod, van de toegang de zorg en inschrijving bij de ziekteverzekering en brengt ook een aantal bijkomende elementen aan, zoals motivatie, identificatie als druggebruiker, perceptie van een andere culturele achtergrond eigen aan de hulpverlening, een comorbide psychische stoornis en het geloof in de mogelijkheid tot abstinentie.

Overigens blijkt het al dan niet beschikken over **hulpbronnen in de eigen omgeving of gemeenschap** van invloed op hoe men deze hindernissen ervaart. Scheppers en collega's (2006) noemen in dit verband de beschikbaarheid en het aanbod van diensten, de prijs van gezondheidsvoorzieningen en het transport en de reistijd naar voorzieningen, wat op basis van dit onderzoek aangevuld kan worden met factoren zoals het beschikken over steun, het ervaren van stigmatisering door de eigen gemeenschap en de druk om het druggebruik geheim te houden.

Wat Scheppers en collega's definiëren als **ziekteperceptie**, verwijzend naar de perceptie van etnisch-culturele minderheden over de oorzaken van verslaving, blijkt op basis van dit onderzoek eerder te verwijzen naar de perceptie over druggebruik. Het betreft immers factoren zoals het beschikken over informatie over het product en de werking ervan, de ervaring dat druggebruik nog steeds taboe is, het aanhangen van een medische en religieuze visie op druggebruik en -behandeling, alsook de aanwezigheid van probleeminzicht.

Een laatste cluster van variabelen op dit niveau wordt door Scheppers en collega's gedefinieerd als **persoonlijke gezondheidsgewoontes**, verwijzend naar zelfzorg en naar specifieke praktijken van gezondheidszorg die in

⁴⁰ Voor een uitgebreid overzicht van de factoren die stimulerend, dan wel belemmerend kunnen werken in het vinden van toegang tot de (drug)hulpverlening: zie hoofdstuk 7.

bepaalde culturele groepen voorkomen bij wijze van behandeling van druggebruik. Vooral uit het kwalitatief onderzoek kwam naar voor dat cliënten uit etnisch-culturele minderheden veelvuldig beroep doen op allerlei alternatieve copingmechanismen (bv. terugkeer naar land van herkomst, legerdienst) en zelfhulp teneinde om te gaan met de drugproblemen.

2) Niveau van de hulpverlener en de voorziening

Het hulpverleners- en voorzieningenniveau betreft vooreerst **kenmerken van de voorziening** die een mogelijke barrière kunnen vormen, zoals de gehanteerde medische procedures en praktijken, de oriëntatie op dringende klachten en de programmaoriëntatie en aanpassing ervan aan specifieke culturele/etnische gebruiken. Met betrekking tot barrières bij hulpverleners wijzen Scheppers et al. (2006) onder meer op het gebrek aan culturele sensitiviteit en hieraan verbonden vaardigheden, de gehanteerde communicatiestijl, de manier van informatie geven, de cliëntbenadering, de aanwezigheid van meertaligheid en mogelijkheden tot vertalen en tolken, de culturele kennis, de betrokkenheid van familie in het programma, de mogelijkheid tot het uiten van religie en spiritualiteit en de aanwezigheid van parallelle sets van overtuigingen en praktijken. Veel van deze factoren komen ook in dit onderzoek naar voor. Verder worden volgende aspecten belangrijk geacht: het verloop van de relatie en identificatie met de hulpverlener, taal als medium voor het uiten van emoties, communicatie, groepstherapie, secundaire effecten van medicatie, het ervaren van een negatieve perceptie ten aanzien van methadon door hulpverleners, kennis over en vertrouwen in het raadplegen van een psycholoog, culturele verschillen, overeenkomst tussen verwachtingen en het aanbod, het gevoel serieus genomen te worden, inschatting van de competentie van de hulpverlener en de culturele kennis waarover de voorziening geacht wordt te beschikken.

3) Systeemniveau

Een derde cluster van barrières die cliënten van niet-Belgische afkomst mogelijk ervaren wanneer zij een beroep doen op de geïnstitutionaliseerde hulpverlening, situeert zich volgens Scheppers en collegae op het systeemniveau. Zij menen dat het **medisch model**, dat niet zelden aan de basis ligt van hulpverlening, een potentiële belemmering vormt voor cliënten die er een meer cultureel en religieus gekleurde visie op nahouden. Op basis van voorliggend onderzoek kan deze bevinding deels worden bevestigd, maar dient ook opgemerkt dat evenzeer het psychotherapeutisch model een barrière kan vormen voor personen uit etnisch-culturele minderheden die minder vertrouwd zijn met dergelijke benadering van druggebruik en -behandeling.

Een tweede groep van systeemvariabelen heeft betrekking op de **manier waarop de hulpverlening cliënten benadert**, dikwijls nogal formeel, onpersoonlijk en afstandelijk. Voorliggend onderzoek wijst in dit verband op het feit dat personen van niet-Belgische afkomst zich vaak niet aangesproken voelden door het doelgroepenbeleid van voorzieningen uit de categoriale drughulpverlening.

Verder spelen **organisatorische variabelen** een belangrijke rol, zoals het doorverwijssysteem, de intakeprocedure en openingsuren, de wijze van afspraken maken, wachtlijsten en wachttijden, de duur van een consultatie en behandeling, het beschikbare voorlichtings- en informatiemateriaal en mogelijkheden tot vertaling. Uit dit onderzoek blijkt dat men vooral botst op de geïnstitutionaliseerde regels van het zorgaanbod, het doorverwijssysteem, het geïnstitutionaliseerd en gestandaardiseerd karakter van de hulp, de confrontatie met een wachtlijsten en -tijden en de intensiteit van de nazorg en follow-up.

Aan het systeemniveau kan nog een dimensie toegevoegd worden, namelijk het **politieke klimaat** ten aanzien van personen met een andere etniciteit en ten aanzien van migratie, xenofobie, ... Fassin (2002). Uit dit onderzoek is gebleken dat druggebruikers behorende tot etnisch-culturele minderheden (met name personen van Turkse en Marokkaanse afkomst) aangeven ooit racisme ervaren te hebben in de hulpverlening. Het al dan niet innemen van een positie inzake discriminatie en racisme door hulpverleners kan voor deze personen een stimulans dan wel een barrière vormen in het beroep doen op de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Reeds bestaande 'good practices' in dit verband worden door personen van niet-Belgische afkomst bijgevolg erg gewaardeerd, zoals blijkt uit dit onderzoek. In de geraadpleegde literatuur wordt gesuggereerd dat vooral het migratietraject van personen van een andere etnisch-culturele afkomst het gebruiks- en zorgtraject compliceert. Deze factoren kunnen echter op basis van dit onderzoek niet causaal gelinkt worden, gezien daar te weinig indicaties toe zijn.

Deze inzichten in de potentiële barrières voor personen behorend tot etnisch-culturele minderheden kunnen dienen als handvaten voor het formuleren van antwoorden op de vooropgestelde hypothesen.

10.1.3 ONDERZOEKSHYPOTHESEN

10.1.3.1 Dubbele uitsluiting

De eerste hypothese die werd vooropgesteld is die van de “dubbele uitsluiting” of “dubbele isolering”. Ze stelt dat personen uit etnisch-culturele minderheden die sterk ingebed zijn in een eigen netwerk (al dan niet gestructureerd rond familiale banden) bij problematisch middelengebruik in eerste instantie het gevaar lopen uit dit beschermende netwerk te vallen of gestoten te worden omwille van het stigma dat rust op middelengebruik binnen bepaalde etnisch-culturele gemeenschappen. Bovendien bestaat het risico dat ze de weg niet vinden naar externe zorgstructuren of opvangnetten, omdat die hen onbekend zijn of ontoegankelijk of irrelevant lijken.

Deze hypothese wordt deels ondersteund door voorliggend onderzoek. Het blijkt immers dat sommige personen van niet-Belgische afkomst een beperkte kennis hebben van drugs, hun werking en de gevolgen ervan. Indien men al tot probleeminzicht komt, botst druggebruik overigens in een aantal etnisch-culturele gemeenschappen op taboes, wat veelal resulteert in het negeren en verborgen houden van het drugmisbruik en het niet zoeken van hulp. Indien hun druggebruik en behoefte aan behandeling alsnog aan het licht komt, bestaat de mogelijkheid dat deze cliënten de steun van hun sociaal en familiaal netwerk verliezen. Dit kan escaleren in een situatie waarin men nauwelijks nog contact heeft met de gemeenschap. Voor velen onder hen is de stap naar de hulpverlening bovendien een brug te ver, gezien hun beperkte kennis van het aanbod en/of vertekend beeld ervan. Dit kan verklaren waarom hulpverleners ervaren dat cliënten van niet-Belgische afkomst zich vaker in een verder stadium van verslaving en marginaliteit bevinden wanneer zij beslissen een beroep te doen op de hulpverlening. Heel wat cliënten van niet-Belgische herkomst blijken echter nog steun te ervaren vanuit hun netwerk en gemeenschap, die hen stimuleren om hun drugmisbruik aan te pakken en informeren over en/of toeleiden naar een vorm van hulpverlening, hetzij van alternatieve, hetzij van geïnstitutionaliseerde aard.

Situaties van dubbele uitsluiting zijn derhalve niet onbestaande en verdienen de nodige aandacht, maar blijken op basis van dit onderzoek lang niet voor alle druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid van toepassing.

10.1.3.2 Concurrentie tussen zelforganisaties en moskeeën en reguliere zorgstructuren

De tweede vooropgestelde hypothese heeft betrekking op de “concurrentie tussen activiteiten op het vlak van preventie en zorg aangaande middelengebruik door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en de reguliere zorgstructuren anderzijds”. Verschillende Maghrebijnse en Turkse verenigingen en zelforganisaties maken in hun statuten melding van activiteiten aangaande drugpreventie of -zorg (Jacobs, 2005). Ook verschillende moskeeën stellen dat zij actief zijn op het terrein van de ontrading van middelengebruik en soms ook wat zorgverstrekking betreft. Het is bijzonder moeilijk in te schatten wat de reële draagwijdte en impact hiervan is, maar mogelijk interfereren deze met initiatieven van reguliere zorgstructuren of misschien bereiken zij op een complementaire manier doelgroepen uit etnisch-culturele minderheden die ondervertegenwoordigd zijn in ambulante en residentiële zorginstellingen.

Op basis van dit onderzoek is het onmogelijk uitsluitsel te geven met betrekking tot deze hypothese. We vonden immers onvoldoende indicaties om deze veronderstelling te ondersteunen. Zoals reeds gesteld, is het niet evident de draagwijdte en impact van dergelijke alternatieve praktijken in te schatten. Niettemin wordt duidelijk dat heel wat cliënten van Turkse en Marokkaanse afkomst gebruik maken van dergelijke alternatieven en dat deze ook in zekere mate werkzaam zijn. Anderzijds lijken de resultaten van dit onderzoek er op te wijzen dat cliënten behorend tot een etnisch-culturele minderheid vrij goed vertegenwoordigd zijn binnen de geïnstitutionaliseerde drughulpverlening. Onze bevindingen geven aan dat het aanwenden van alternatieve copingmechanismen complementair kan zijn aan het instappen in het categoriale hulpverleningscircuit.

Er blijkt derhalve geen sprake te zijn van concurrentie tussen activiteiten georganiseerd door zelforganisaties en moskeeën enerzijds en het geïnstitutionaliseerde drughulpverleningscircuit anderzijds. Bovendien zijn er aanwijzingen dat er langs beide zijden interesse groeit om de krachten te bundelen en in de toekomst nauwer samen te werken ten aanzien van druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden.

10.1.3.3 ‘Cultural blindness’

De hypothese van de ‘cultural blindness’ impliceert dat bestaande behandelings- en preventieprogramma’s onvoldoende rekening houden met culturele invloeden (Castro & Alarcon, 2002). Het lijkt immers van belang een aantal culturele variabelen te integreren in bestaande programma’s, om op die manier een cultuurgevoelige behandeling uit te bouwen die inspeelt op de specifieke behandelingsnoden van etnisch-culturele minderheden (Castro & Garfinkle, 2003).

Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat de hypothese van de ‘cultural blindness’ vrij plausibel is. De informatie die in het kader van dit onderzoek werd aangevoerd, wijst immers op diverse onvolkomenheden op dit vlak. Hoewel reeds aanzienlijke inspanningen geleverd worden door hulpverleners om het zorgaanbod

cultureel congruent te maken, bestaan er ook tal van elementen die afbreuk doen aan de culturele sensitiviteit van de geïnstitutionaliseerde hulpverlening. Het merendeel van deze elementen heeft betrekking op discrepanties inzake de visie op druggebruik en -behandeling en houdt in dat de zienswijze van cliënten onvoldoende geïntegreerd wordt in de hulpverlening. Hulpverleners zouden onvoldoende openheid en flexibiliteit vertonen ten aanzien van andere opvattingen, eigenheden, behoeften en waarden en zouden de vooropgestelde programma's en procedures te rigide naleven. Cliënten van niet-Belgische afkomst voelen zich doorgaans echter minder geholpen door een zorgaanbod dat introspectie, het communiceren van gevoelens, enz. benadrukt. Op basis hiervan worden hulpverleners vaak als incompetent gepercipieerd en gewantrouwd door cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden.

Geïnstitutionaliseerde praktijken die een zekere mate van culturele sensitiviteit vertonen, worden door personen behorend tot etnisch-culturele minderheden beter geëvalueerd en gewaardeerd. Deze leiden er immers toe dat deze personen zich aangesproken en erkend voelen in hun culturele identiteit. Dientengevolge dienen de reeds geleverde of geplande inspanningen door hulpverleners verder gestimuleerd en ondersteund te worden met oog op het evolueren naar een cultureel sensitieve drughulpverlening.

10.2 METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Het is ten slotte zinvol stil te staan bij de opzet van dit onderzoek en de methodologische beperkingen ervan, als het kader waarin voorgaande onderzoeksresultaten geïnterpreteerd dienen te worden.

Een eerste beperking van dit onderzoek heeft betrekking op het criterium 'etniciteit'. Op basis van de literatuurstudie werd duidelijk dat er tal van concepten bestaan die invulling trachten te geven aan dit criterium. De keuze voor het concept 'etnisch-culturele minderheid' is derhalve tot op zekere hoogte arbitrair. Het is bovendien moeilijk te operationaliseren, vermits het een vrij omvattende term is. Dit impliceert dat het in de onderscheiden onderzoeksluiken een verschillende invulling gekregen heeft. Anderzijds kan het hanteren van dergelijk concept ook met zich meebrengen dat de heterogeniteit van de beoogde doelgroep overschaduw wordt door het benadrukken van gemeenschappelijke kenmerken. Dit heeft uiteraard repercussies voor de vergelijkbaarheid en generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen.

Gezien de beperkte beschikbaarheid van data met betrekking tot de trajectensystemen van etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg, is het kwantitatieve onderzoeksluik gebaseerd op wat reeds voorhanden was aan gegevens. Dit heeft tot gevolg dat niet elk gegevensbestand equivalente variabelen bevat. Waar sommige data verwijzen naar de etnisch-culturele 'roots' van een persoon, zijn andere gebaseerd op de nationaliteit of op het geboorteland van personen. Bovendien voorzien deze databestanden niet steeds in gedetailleerde informatie met betrekking tot de cliënt of zijn/haar trajectensysteem. Zo komt het voor dat er onduidelijkheid bestaat over bijvoorbeeld het aantal generaties dat de persoon behorende tot een etnisch-culturele minderheid reeds in België verblijft, of wanneer deze genaturaliseerd werd, wanneer de cliënt startte met druggebruik en wat daar mogelijk toe bijgedragen heeft, hoe het migratietraject verlopen is, etc.. Bovendien leveren deze data weinig tot geen informatie over het geboorteland van de cliënt. Indien daaromtrent wel informatie weergegeven wordt, gaat het vaak om relatief kleine aantallen cliënten per land, wat de gegevens slechts beperkt generaliseerbaar maakt. Overigens verkregen we aan de hand van deze data geen informatie omtrent de achtergrond en huidige leefsituatie van cliënten, noch over de zelfperceptie van de cliënt als al dan niet behorend tot een etnisch-culturele minderheid. Deze gegevens zijn evenwel relevant om de eigenschappen van de cliëntenpopulatie van niet-Belgische herkomst te kunnen verduidelijken. Dit alles impliceert dat de daaruit resulterende bevindingen slechts in beperkte mate geanalyseerd kunnen worden in relatie tot de heterogeniteit van de doelgroep.

Enkele methodologische beperkingen zijn eigen aan het kwalitatieve onderzoeksluik, wat noopt tot een voorzichtige interpretatie van de bevindingen. Zo werden de deelnemende respondenten aan de interviews gerekruteerd via hulpverleningsinstanties, wat een mogelijke vertekening van de resultaten met zich meebrengt gezien dit kan betekenen dat enkel het perspectief van de meest gemotiveerde cliënten belicht werd. Bovendien waren deze respondenten allen van Turkse of Marokkaanse afkomst, wat impliceert dat op basis van deze perspectieven een noodgedwongen generalisatie plaatsvond, waardoor de conclusies mogelijk onvoldoende diversiteit weerspiegelen. Gezien de bevinding dat de term 'etnisch-culturele minderheid' een zeer heterogene groep overkoepelt, is het aangeraden deze conclusies met de nodige omzichtigheid te interpreteren.

Een gelijkaardige beperking met betrekking tot de representativiteit van de steekproef gaat op voor de focusgroepen. Actoren uit diverse sectoren werden uitgenodigd tot het bijwonen van dergelijke focusgroep, maar het was voorafgaand niet duidelijk wie onder hen uiteindelijk aanwezig zou zijn. De afwezige actoren konden zodoende niet vervangen worden, waardoor sommige sectoren ondervertegenwoordigd zijn in vergelijking met andere. Dit heeft voor gevolg dat de bevindingen uit de focusgroepen mogelijk slechts de visie van enkele sectoren weerspiegelen.

Met betrekking tot het derde luik van het kwalitatief onderzoeksgedeelte, de bezoeken aan ‘interesting practices’, diende voorafgaand een selectie gemaakt te worden van de meest relevante initiatieven, waardoor andere ‘interesting practices’ mogelijk buiten beeld blijven. Bovendien is het niet evident noch wenselijk de succesfactoren van deze initiatieven zonder meer te transporteren naar en te implementeren in op Belgische leest geschoeide voorzieningen, gezien de fundamenteel verschillende context waarin deze initiatieven werden ontwikkeld.

Dit onderzoek belicht derhalve de trajecten en ervaringen van druggebruikers behorend tot een etnisch-culturele minderheid op basis van zowel objectieve cijfergegevens als subjectieve verhalen van de personen zelf. Het perspectief van deze doelgroep werd zo goed mogelijk verwerkt in deze studie, doch is slechts van beperkte omvang. Overigens behoort geen van de onderzoekers van deze studie tot een etnisch-culturele minderheidsgroep, wat impliceert dat de resultaten van dit onderzoek mogelijk vooral vanuit Westers perspectief geïnterpreteerd werden. Het is bijgevolg denkbaar dat onderzoekers behorend tot een etnisch-culturele minderheid er een andere visie kunnen op nahouden.

10.3 A INSÉRER

10.4 A Insérer

HOOFDSTUK 11: AANBEVELINGEN

CHAPITRE 11: RECOMMANDATIONS

11.1 AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Op basis van voorliggend onderzoek kunnen tal van factoren gedistilleerd worden waarmee personen behorend tot etnisch-culturele minderheden geconfronteerd kunnen worden indien zij hulp zoeken omwille van drugmisbruik of ermee gerelateerde problemen. Deze factoren kunnen zowel een barrière als een stimulans vormen, afhankelijk van de individuele en momentane beleving. Naast een aantal specifieke barrières ten aanzien van de meest kwetsbare en atypische cliënten (o.a. druggebruikers van niet-Belgische herkomst) kunnen bepaalde barrières als universele knelpunten worden beschouwd die alle potentiële zorggebruikers kunnen treffen (Scheppers et al., 2006). Het is daarom van cruciaal belang dat hulpverleners inspanningen leveren om deze factoren zoveel mogelijk aan te bieden onder de vorm van stimulansen en hefboomen teneinde deze barrières te reduceren.

11.1.1 ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

Dit onderzoek levert enkele handvaten die als centrale uitgangspunten kunnen fungeren voor het beter afstemmen van de zorg op de behoeften en noden van alle druggebruikers, inclusief personen behorend tot etnisch-culturele minderheden. Een eerste aanbeveling betreft een inclusief beleid ten aanzien van alle druggebruikers. Een tweede uitgangspunt vormt het transculturalistische paradigma, dat zowel gelijkenissen als verschillen tussen personen en culturen benadrukt. Een derde basisprincipe pleit voor meer zorg op maat, overeenkomstig de uniciteit en behoeften van de persoon in kwestie. Deze uitgangspunten situeren zich respectievelijk op macro-, meso- en microniveau van de hulpverlening. In wat volgt, worden ze nader toegelicht.

11.1.1.1 Inclusief beleid

Het zorgaanbod zoals standaard voorzien door drughulpverleningcentra, blijkt zeer sterk op Westerse leest geschoeid. Bijgevolg lijkt de hulpverlening vooral tegemoet te komen aan de eigenheden en behoeften van de 'modale' cliënt en ook vooral deze groep aan te spreken en te bereiken (cf. Eland & Rigter, 2001; Finn, 1996; Haasen, 2007; Longshore et al., 1992; Van Wamel & Eland, 2001; Verdurmen et al., 2004). Druggebruikers met bijzondere noden vinden daardoor mogelijk minder aansluiting bij het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod, dat voor hen mogelijk als hoogdrempelig, ondoorgrondelijk of veeleisend beschouwd wordt.

Deze vaststelling noodzaakt tot een grondige reflectie over onder meer de doelgroep, het bereik en de gehanteerde principes om mensen te selecteren voor een bepaalde interventie of behandeling en over de toegankelijkheid, gehanteerde waarden en bestaande drempels. Het doel van deze reflectie is inzicht verwerven in (onbewuste) exclusiecriteria en -mechanismen teneinde tot een meer inclusieve hulpverlening te komen. Inclusie verwijst naar 'ingesloten zijn', het 'erbij horen' en 'verbonden zijn'; het betekent dat iedereen rechten heeft en iedereen kansen krijgt om maximaal te participeren (Van Hove, 2004). Inclusie impliceert ook non-discriminatie, wat zich uit in de volgende drie uitgangspunten:

- het principe van gelijkheid,
- kwaliteit van leven en
- mensenrechten (Vanderplasschen et al., 2006).

Zodoende betreft een inclusief beleid niet louter de processen en mechanismen die toegang en inclusie promoten of limiteren, maar tevens de productie van beelden en stereotypen als classificatieprincipes tot inclusie dan wel exclusie. Immers, alle mensen hebben in theorie dezelfde rechten en keuzevrijheid om beroep te doen op de drughulpverlening, doch zij hebben in de praktijk niet steeds dezelfde keuzemogelijkheden en worden niet op dezelfde manier aangesproken door het bestaande aanbod. Het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod dient dus in haar doelgroepenbeleid de diversiteit van de maatschappij te weerspiegelen en te verankeren, zodat de hulpverlening voor alle potentiële cliënten toegankelijk is en zodat ze zich erkend voelen als persoon en in hun individuele noden.

11.1.1.2 Transculturalistisch perspectief

De bevindingen uit dit onderzoek leiden tot de vaststelling dat het hulpverleningsaanbod zo goed mogelijk dient aan te sluiten bij de cultuur en zorgbehoeften van druggebruikende personen uit etnisch-culturele minderheden. Dit houdt in essentie in dat men voor de vraag staat of men dient te focussen op de verschillen tussen personen van Belgische en niet-Belgische afkomst, dan wel op de gelijkenissen tussen beide groepen.

Hoewel sommige auteurs van mening zijn dat een specifiek, categoriaal hulpverleningsaanbod voor etnisch-culturele minderheden de aanvaardbaarheid van het zorgaanbod vergroot en het stigma dat gepaard gaat met druggebruik kan reduceren (Reid, 2001), dient ook rekening gehouden te worden met de mogelijke nefaste implicaties van dergelijk apart aanbod. Immers, opteren voor initiatieven die de verschillen benadrukken, zoals behandelingsprogramma's voor druggebruikers van Marokkaanse of Turkse afkomst, kan voor gevolg hebben dat personen gereduceerd wordt tot zijn/haar cultureel profiel en men als antwoord hierop een 'standaardbehandeling' creëert voor personen behorend tot etnisch-culturele minderheden. Bovendien worden in een dergelijk programma de intra-groep verschillen binnen een bepaalde 'cultuur' of 'nationaliteit' genegeerd. Anderzijds kan een programma dat de onderlinge gelijkenissen tussen verschillende cliëntgroepen accentueert als nefast gevolg hebben dat een standaardbehandeling toereikend geacht wordt voor alle cliënten. Dit kan ertoe leiden dat de bijzondere behoeften van bepaalde (groepen) cliënten onvoldoende erkend en in rekening gebracht worden, waardoor deze cliënten (sneller) afhaken.

Een transculturalistisch initiatief lijkt daarom het meest aangewezen en beter te garanderen dat druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden zich daadwerkelijk geholpen zullen weten, gezien het cultuurgevoeligheid stimuleert. Transculturalisme impliceert immers dat men zich zowel bewust is van de aanwezige unieke achtergronden als van de gemeenschappelijke basis tussen alle mensen, waardoor persoonlijke ideeën en zienswijzen kunnen worden gecommuniceerd en begrepen. Dergelijke benadering benadrukt zowel gelijkenissen als verschillen tussen personen van uiteenlopende afkomst voor zover deze functioneel blijken in de hulpverleningsrelatie en het hulpverleningsproces.

11.1.1.3 Zorg op maat

Eén van de voornaamste bevindingen uit dit onderzoek is dat het trajectensysteem van personen behorend tot etnisch-culturele minderheden vrij complex en erg persoonlijk van aard is en dat het ervaren van factoren als barrières of stimulansen afhankelijk is van het individu en het moment. Dit impliceert voor de praktijk dat de 'one size fits all'-aanpak fundamenteel ter discussie wordt gesteld (Vanderplasschen et al., 2007), gezien er geen eenduidige, invariabele parameters bestaan waarop men zich kan baseren om a priori te bepalen welk zorgaanbod het best strookt met de eigenheden en noden van cliënten van niet-Belgische afkomst. Immers, ook deze eigenheden en noden kunnen om dezelfde achterliggende reden niet eenduidig vastgesteld worden. Dit noopt tot erkenning van de diversiteit in de druggebruikerpopulatie en een weerspiegeling daarvan in het hulpverleningsaanbod. Een geïndividualiseerde en gedifferentieerde benadering van druggebruikers vanuit de (drug)hulpverlening lijkt daarom absoluut noodzakelijk. Uit dit onderzoek kwam trouwens naar voor dat de mogelijkheid tot individualisering van het hulpverleningstraject erg gewaardeerd en aanbevolen wordt door cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen.

Hulpverleners vanuit deze visie uit zich in een cliëntgerichte benadering die de uniciteit van de cliënt afdoende in rekening brengt en dit op diverse niveaus. Het impliceert dat de unieke cliënt en zijn situatie de basis vormen waarvan men vertrekt en waarnaar men terugkoppelt in aanloop naar, gedurende en ter afronding van het hulpverleningsproces. Dit betekent dat er een uitgebreide diagnostische fase dient vooraf te gaan aan de interventie (inclusief aandacht voor de sterktes en talenten van cliënten), met als doel een zorgaanbod creëren dat optimaal aansluit bij de behoeften van de cliënt. De methodieken, strategieën en interventies die men tijdens het hulpverleningsproces aanwendt zullen dan ook nauwgezet geselecteerd moeten worden vanuit dit perspectief, wat resulteert in **maatwerk**. Responsabilisering van de cliënt zal daarbij een belangrijk principe zijn, vermits deze een vooraanstaande rol inneemt in het hulpverleningsproces (Vanderplasschen et al., 2006). Hulpverleners dienen dus samen met de cliënt en zijn/haar omgeving en sociaal netwerk een geïndividualiseerd zorgtraject uit te stippelen en op te volgen, dat refereert aan een vraaggestuurde, bottom-up aanpak, eerder dan aan aanbodgerichte werkwijze.

11.1.2 SPECIFIEKE AANBEVELINGEN

Het is evenwel geen evidentie om deze basisprincipes eenduidig te vertalen naar de praktijk, gezien de uitwerking ervan afhankelijk is van de specifieke situatie en context. Niettemin kunnen op basis van dit

onderzoek enkele concrete aanbevelingen gedaan worden, teneinde de bestaande barrières te reduceren, optimaal gebruik te maken van geïdentificeerde beschermende factoren en vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen.

11.1.2.1 Praktische barrières wegwerken

Uit dit onderzoek komt een beperkte of vertekende kennis van drugs en het hulpverleningsaanbod naar voor als één van de belemmerende factoren inzake de toegang tot de hulpverlening. Ook uit de literatuur blijkt dat sommige druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden slechts in beperkte mate kennis hebben van drugs en het bestaande zorgaanbod (Cognet, 2000; Fountain et al., 2002; Jung, 2004; Nouroozifar & Zangereh, 2006; Picozzi, 2004; Reid et al., 2001). Als gevolg hiervan worden problemen genegeerd en wordt geen hulp gezocht. Het verstrekken van duidelijke, verstaanbare en accurate informatie inzake druggebruik en het hulpverleningsaanbod kan hieraan tegemoet komen, mits rekening gehouden wordt met taal- en cultuurbarrières. Op basis van deze studie is immers gebleken dat het geïnformeerd en gesteund worden door derden (bv. familie, vrienden, hulpverleners, justitieassistenten,...) met betrekking tot mogelijke hulp voor drugproblemen, een belangrijke stimulans vormt voor personen uit etnisch-culturele minderheden om gebruik te maken van de bestaande hulpverlening. Zowel **informatie** over het zorgaanbod (bv. in scholen, jeugdverenigingen, gevangenissen) als **psycho-educatie** lijken daarom erg belangrijk. Hierbij zal het niet alleen belangrijk zijn om de kennis over het bestaande aanbod te verruimen, maar ook om het eventueel heersende onrealistisch beeld van de hulpverlening te herzien of te nuanceren. Uit onderzoek weten we immers dat toenemende kennis van het hulpverleningsaanbod voor gevolg heeft dat de persoon in kwestie een meer geïnformeerde keuze kan maken met betrekking tot een bepaalde vorm van hulpverlening, wat beter garandeert dat het zorgaanbod strookt met de reële hulpvraag van de cliënt.

Informatieverstrekking over het bestaande aanbod is één zaak, maar er is tevens nood aan een mentaliteitswijziging in de hulpverlening die toelaat af te wijken van het ‘standaard’ zorgaanbod, rekening houdend met de specifieke noden, behoeften en wensen van de cliënten. Daarom willen we aanbevelen om voldoende **individuele accenten** in het hulpverleningstraject te leggen, in plaats van het rigide naleven van een uitgestippeld zorgprogramma. Tevens blijkt het belangrijk te beschikken over voldoende culturele competentie en **voeling** met etnisch-culturele minderheden. Vertegenwoordigers van deze gemeenschappen kunnen in dit opzicht een brugfunctie, onder meer via **samenwerkingsverbanden** tussen de geïnstitutionaliseerde drug-hulpverlening enerzijds en georganiseerde vertegenwoordigers van etnisch-culturele minderheden zoals zelforganisaties en moskeeverenigingen anderzijds (cf. Fountain et al., 2002; Haasen, 2007; Messing, 2003). Het is evenwel noodzakelijk dat deze organisaties hiervoor voldoende middelen krijgen van de bevoegde overheden (Fountain et al., 2002).

Eens iemand de stap naar de hulpverlening heeft gezet, blijkt vaak dat zijn/haar perceptie en verwachtingen niet stroken met wat in realiteit aangeboden wordt. Er bestaan immers belangrijke afstemmingsproblemen tussen cliënt en hulpverlener, die het hulpverleningsproces nefast beïnvloeden. Volgens hulpverleners heeft dit voor gevolg dat cliënten de behandeling minder lang volhouden, minder verankerd zijn in het programma en minder succesvol zijn achteraf. Daarom is het in functie van het verder verloop van het hulpverleningsproces van belang voldoende aandacht te schenken aan het toelichten van het zorgaanbod en het uitklaren van eventuele onduidelijkheden. Deze extra **tijdsinvestering** bij het begin van het programma werpt op termijn vruchten af onder de vorm van meer succesvolle overgangen in het programma en verhoogde retentie, gezien mogelijke onrealistische verwachtingen op die manier uitgeklaard worden (Ashruf & van den Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Verdurmen et al., 2003).

Overigens werden een aantal **beschermende factoren** geïdentificeerd die een positieve invloed hebben op middelengebruik en mogelijk ook een rol kunnen spelen in het hulpverleningsproces, zoals de sterke cohesie binnen (bepaalde) etnische subculturen, sterke religieuze of politieke overtuigingen en het hebben van een uitgebreidere familie met vaak ook sterkere familiale banden als ondersteunend sociaal netwerk (Haasen et al., 2001). Daarom wordt het opportuun geacht de **sociale en culturele achtergrond** van de persoon in kwestie te integreren in het hulpverleningsproces, wat enorm gewaardeerd worden door cliënten van niet-Belgische afkomst. Het ervaren van steun vanwege het **familiaal netwerk** wordt vermeld als een belangrijke stimulerende factor om een beroep te doen op de hulpverlening en om het veranderingsproces vol te houden. Ook het **geloof** is voor heel wat personen behorend tot etnisch-culturele minderheden een belangrijke steun en hulp bij het uitbouwen van een drugvrije levensstijl. Concreet kan dit zich vertalen in enkele algemene aanpassingen overeenkomstig de cultuur van etnisch-culturele minderheden, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid bieden tot het praktiseren van hun geloof en het betrekken van het familiaal netwerk bij het hulpverleningsproces.

Indien men de creatie van een specifiek programma voor etnisch-culturele minderheden wil voorkomen, dan dient men er zich bewust van te zijn dat de integratie van etno-culturele factoren in het bestaande

hulpverleningsaanbod vooral in dialoog tussen culturen tot stand dient te komen, waarbij men zich bezint over de eigen waarden en symbolen en deze van anderen beluistert en respecteert. Het uiteindelijke programma dient een samengaan te zijn van verschillende culturen in transculturele onderhandeling (Jung, 2002; OFSP, 2002a).

11.1.2.2 Culturele barrières opheffen

Druggebruik leidt bij bepaalde etnisch-culturele minderheidsgroepen sneller tot (meer) gevoelens van schaamte en schuld als gevolg van de meer stigmatiserende houding van de gemeenschap (Ashruf & van der Eynden, 1996; Cottew & Oyefeso, 2005; Fassin, 1999; Jung, 2004; Reid, Crofts & Beyer, 2001). Daarom is het belangrijk dat de hulpverlening zich zo laagdrempelig mogelijk profileert en dat men oog heeft voor deze **stigmatisering** en schaamtegevoelens. Ook het faciliteren en ondersteunen van initiatieven opgezet vanuit etnisch-culturele gemeenschappen zelf vormt een mogelijke ingang. Gezien dergelijke initiatieven vooralsnog vrij schaars zijn, impliceert deze aanbeveling een pleidooi voor het bespreekbaar maken van druggebruik binnen etnisch-culturele minderheden en het voorzien van de noodzakelijke randvoorwaarden voor het opzetten van zulke informatiecampagnes.

Naast een beperkte kennis van het hulpverleningsaanbod lijkt de perceptie van bijvoorbeeld de werkwijze of de achterliggende visie van voorzieningen niet te stroken met de ideeën van etnisch-culturele minderheden inzake drughulpverlening. Zo wordt uit voorliggend onderzoek duidelijk dat personen uit etnisch-culturele minderheden eerder medisch geïntendeerde behandeling (bv. methadonsubstitutiebehandeling) en alternatieve copingmechanismen verkiezen boven gespreks- of psychotherapie, gezien eerstgenoemde beter aansluiten bij hun visie op druggebruik en -behandeling (cf. Broers & Eland, 2000; Haasen, 2007; Jung, 2004; Panunzi-Roger, 2005; Yildiz & Keersmaekers, 2001). Een verschil in visie tussen allochtone gezinnen en gemeenschappen enerzijds en de hulpverlening anderzijds kan er daarenboven toe leiden dat men personen met drugproblemen niet stimuleert om hulp te zoeken (Lodewijckx et al., 2005). Opdat er sprake zou kunnen zijn van onderling vertrouwen en samenwerking dient er gewerkt te worden aan de **wederzijdse communicatie**. Dit houdt in dat beide partijen hun visie, vragen, bezorgdheden, mogelijkheden en verwachtingen aan elkaar moeten kunnen verduidelijken en dat er constructief gereflecteerd kan worden over wenselijke en realistische hulpverleningspistes. Uiteindelijk dient dit bij te dragen tot hulpverleningsdoelstellingen waarin beide partijen zich kunnen vinden. Dergelijke werkwijze impliceert dat zorgverstrekkers hun aanbod in vraag durven stellen en dat door zelfevaluatie en -reflectie bepaalde trends en evoluties met betrekking tot de hulpvraag en -behoeften van druggebruikers bewust en beheersbaar gemaakt worden, zodat elke cliënt de zorg en ondersteuning krijgt die hij of zij nodig heeft. Dit houdt tevens in dat de visie op druggebruik en de behandeling ervan bij etnisch-culturele minderheidsgroepen mee aan de basis ligt van een cultureel congruent hulpverleningsaanbod.

Dergelijke opvatting van (drug)hulpverlening kadert in een emancipatorische en ‘**empowerende**’ visie (ASBL Santé Communauté, Participation, 2000; Lombrail, 1999; OFPS, 2002). Ook uit dit onderzoek blijkt dat het zichzelf percipiëren als een autonoom beslissend wezen voor sommigen een stimulans vormt om daadwerkelijk iets aan zijn/haar situatie te veranderen. Hiervoor is ruimte nodig voor dialoog, wederkerigheid en een systematische en planmatige aanpak. In het werken met bepaalde etnisch-culturele minderheden zal dit bijgevolg impliceren dat hun medische en religieuze visie op druggebruik en -behandeling erkend en geïntegreerd wordt en dat er op een adequate manier mee omgegaan wordt (Ashruf & van der Eynden, 1996; Broers & Eland, 2000; Verdurmen et al., 2003). In de praktijk kan dit bijvoorbeeld betekenen dat men de meerwaarde van alternatieve copingstrategieën voor de cliënt tracht te benutten in het hulpverleningsproces of dat men in residentiële programma’s druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden aanvankelijk toestaat een meer afhankelijke positie aan te nemen en gaandeweg meer verantwoordelijkheden en introspectie inbouwt.

Het erkennen van de unieke etnisch-culturele achtergrond van de cliënt en het integreren ervan met de plaatselijke context kan ertoe bijdragen dat men een evenwicht vindt tussen de beide culturen waarin men leeft. Dit draagt bij tot het opbouwen van een meervoudige identiteit en derhalve ook tot het erkennen van en aansluiting vinden bij het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod. Tot op heden lijken veel druggebruikers van niet-Belgische afkomst zich immers niet begrepen en erkend te voelen in hun culturele eigenheid. Dit valt mogelijk toe te schrijven aan de huidige benadering van personen behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen, die hen vaak als ofwel van Belgische ofwel van niet-Belgische afkomst beschouwt, terwijl veel van deze mensen zich én ‘Belg’ én ‘niet-Belg’ voelen.

11.1.2.3 Naar een cultureel congruente organisatie van de hulpverlening

De socio-economische en justitiële situatie van bepaalde etnisch-culturele minderheidsgroepen (met name personen van Turkse en Marokkaanse afkomst) is op basis van dit onderzoek veel ongunstiger gebleken dan deze

van druggebruikers van Belgische herkomst. Hier dient dan ook bijzondere aandacht naar uit te gaan in functie van de nazorg en reïntegratie van deze cliënten, teneinde de gerealiseerde veranderingen consolideren. Uit dit en ander onderzoek is gebleken dat de bestaande **nazorg en opvolging** vaak ontoereikend zijn. Anderzijds is duidelijk geworden dat cliënten behorend tot etnisch-culturele minderheden eerder een korte termijn perspectief hanteren en vooral focussen op ontwenning en genezing in plaats van op rehabilitatie en langdurig herstel. Dit heeft niet zelden voor gevolg dat ze de hulpverlening voortijdig verlaten, wat een negatieve prognose inhoudt voor de uitkomst van de behandeling (Vanderplasschen et al., 2007). Nazorg blijkt in belangrijke mate bij te dragen tot het succes van de behandeling en vanuit dit perspectief zal het noodzakelijk zijn om ook deze nazorg en opvolging in dialoog vorm te geven. Gezien het toenemende inzicht dat middelenafhankelijkheid een chronische aandoening is (waarvan herstel evenwel mogelijk is!) en gezien de al bij al bescheiden resultaten van de verslavingszorg, zal het belangrijk zijn niet enkel te focussen op verandering, maar vooral op kwaliteit van leven en meer specifiek op de manier waarop dit concept ingevuld wordt door personen behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen.

Uit de geraadpleegde literatuur blijkt een gebrek aan **culturele gevoeligheid** bij hulpverleners een belangrijke barrière in de hulpverlening aan etnisch-culturele minderheden (Fountain et al., 2004; Haasen, 2007; Ja & Aoki, 1993; Rassool, 2006; Vandevelde & Vanderplasschen, 2000). Ook uit ons onderzoek wordt duidelijk dat bepaalde aspecten zeker voor verbetering vatbaar zijn met het oog op een cultureel congruent programma. Bovendien vormt een gebrek aan culturele sensitiviteit een belangrijke verklaring voor bijvoorbeeld de vastgestelde onderschatting van geestelijke gezondheidsproblemen bij etnisch-culturele minderheden (Nouroozifar & Zangeneh, 2006). Vanuit een transculturalistisch perspectief stellen we voor om te werken aan meer culturele sensitiviteit en responsiviteit bij elke hulpverlener veeleer dan om stafleden behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen in te schakelen (Ellis, 1999; Wade & Bernstein, 1991), hoewel we laatstgenoemde evolutie op zich toejuichen. Een transculturalistische visie impliceert tevens dat verschillen in taalgebruik niet langer een barrière of exclusiecriteria hoeven te vormen. Reeds aanwezige transculturele competenties bij hulpverleners dienen te worden geprofessionaliseerd (OFSP, 2002a), wat de cliënt-hulpverlener relatie en – logischerwijze – het verloop van het hulpverleningsproces enkel ten goede kan komen. We denken hierbij onder meer aan het bieden van steun en houvast, vertrouwen geven, een niet-veroordelende en open houding aannemen, wederzijds respect en eerlijkheid tonen.

Ook **structurele en organisatorische aspecten** van de hulpverlening, zoals een gebrek aan coördinatie en zorgcontinuïteit, kunnen de toegang tot en de deelname aan het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod verhinderen. De verkokering van het zorgaanbod, het gebrek aan samenwerking tussen voorzieningen en vrijblijvende opvolging van cliënten met ernstige en langdurige problemen zijn een oud zeer in verschillende hulpverleningssectoren (Vanderplasschen et al., 2006). Als gevolg van deze structurele tekortkomingen krijgt men mogelijk niet de zorg waarmee men – gezien zijn/haar behoeften – het meest gebaat is, wat haaks staat op de idee van zorg op maat en vraaggericht werken. Deze bevinding noopt tot een betere **coördinatie, afstemming en netwerking** tussen diverse organisaties die in contact komen met druggebruikers en geldt a fortiori voor personen behorend tot etnisch-culturele minderheden, of ze nu een beroep doen op het geïnstitutionaliseerde hulpverleningscircuit of hun heil zoeken in een alternatieve aanpak. Het lijkt ons hiertoe van belang dat de verschillende betrokken actoren formele en structurele intersectorale samenwerkingsverbanden aangaan (Vanderplasschen et al., 2006). Ook **case management** of trajectbegeleiding lijkt ons een geschikte methodiek om het zorgtraject van personen behorend tot etnisch-culturele minderheidsgroepen op te volgen. Deze werkvorm waarbij een case manager een cliënt helpt om de weg te vinden in het complexe hulpaanbod en tevens het hulpverleningsproces bewaakt, coördineert en opvolgt, blijkt op basis van een recente Cochrane-studie immers uitermate geschikt om personen in contact te brengen met de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben (Hesse et al., 2007). Vooral het strengths-based model van case management lijkt naar de toekomst toe een interessante piste.

11.2 AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Gezien de ervaren moeilijkheden betreffende het verkrijgen van voldoende, accurate en kwaliteitsvolle data inzake het zorggebruik en meer in het algemeen het trajectensysteem van personen behorende tot etnisch-culturele minderheden, lijkt het ons aangewezen deze gegevens naar de toekomst toe op een meer adequate en gestandaardiseerde wijze te registreren. Deze gegevens vormen immers de basis voor het onderkennen van specifieke patronen, verwachtingen en noden van personen van niet-Belgische afkomst inzake zorg en ondersteuning, teneinde het bestaande hulpverleningsaanbod hier beter op af te stemmen. Voorliggend onderzoek tracht hier reeds in belangrijke mate toe bij te dragen. Om die reden lijkt het ons interessant om op korte of middellange termijn te monitoren of er relevante evoluties plaatsvonden met betrekking tot onze

onderzoeksbevindingen en de gesuggereerde alternatieven en welke knelpunten blijven bestaan. Het lijkt ons belangrijk om in dergelijke evaluatie alle 'stakeholders' te betrekken, zowel zorgaanbieders, hulpverleners, cliënten als vertegenwoordigers van verschillende etnisch-culturele gemeenschappen.

Overigens wijst dit onderzoek op de noodzaak van een prevalentiestudie die een betrouwbaar beeld geeft van het druggebruik bij onderscheiden etnisch-culturele groepen. Immers, zolang er niet de minste indicatie is hoe het druggebruik van personen van niet-Belgische afkomst zich verhoudt tot het druggebruik van personen van Belgische herkomst, kunnen we geen uitspraken doen over de vermeende ondervertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheidsgroepen in de drughulpverlening. Voorliggend onderzoek wijst in dit verband eerder op 'kwalitatieve' verschillen, maar er zijn grotere steekproeven nodig teneinde deze bevindingen te kwantificeren en verder te nuanceren.

Verder onderzoek lijkt eveneens aangewezen met betrekking tot het trajectensysteem van specifieke groepen personen van niet-Belgische afkomst. We denken hierbij in de eerste plaats aan vrouwelijke druggebruikers behorend tot etnisch-culturele minderheden (vooral van Turkse en Marokkaanse afkomst), gezien hun situatie en perspectief slechts minimaal aan bod kwamen in deze studie vermits zij amper tot de steekproef behoorden. Ook de specifieke situatie van druggebruikers van Oost-Europese afkomst en afkomstig uit de ex-Sovjetunie (hoe divers ook) verdient nadere studie, gezien onze empirische bevindingen vooral betrekking hebben op personen van Marokkaanse (en in mindere mate van Turkse) afkomst. De ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen in ons onderzoek en in de hulpverlening laat vermoeden dat een meer assertieve, outreachende benadering hieraan tegemoet kan komen. Net als (strengths-based) case management is een aanklappende, vindplaatsgerichte benadering een geschikte methodiek om personen die hulp of ondersteuning behoeven, maar hier om diverse redenen geen beroep op doen, te bereiken (Haerden, 2002; Levi, 2004). Ondanks het aanklappende karakter van deze werkwijze, wordt deze echter zeer gewaardeerd door aldus benaderde cliënten (Vanderplasschen, 2004).

11.3 A insérer

11.4 A insérer

Referenties – Références

- Adrian, A. (2002). A critical perspective on cross-cultural contexts for addiction and multiculturalism: their meaning and implications in the substance use field. *Substance Use and Misuse*, 37, 8-10, 853-900.
- Argeriou, M. & Daley, M. (1997). An examination of racial and ethnic differences within a sample of Hispanic, White (non-Hispanic), and African American Medicaid-eligible pregnant substance abusers. The MOTHERS project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 489-498.
- ASBL Santé, Communauté, Participation (2000). Des concepts et une éthique. *Santé Communautaire et Promotion de la Santé*, 1, 1-39.
- Ashruf, A. & van der Eijnden, P. (1996). It's no shame to look for help. Addiction assistance to immigrant addicts. In: *Proceedings of the ICAA-congress*. The Hague, The Netherlands, July 4, 1996.
- Broers, E. & Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Castro, F.G. & Alarcon, E.H. (2002). Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities. *Journal of Drug Issues*, 32, 3, 783-810.
- Castro, F.G. & Garfinkle, J. (2003). Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 27, 1381-1388.
- Cognet, M. (2000). Ethnicité et santé: des pistes de recherche. *Les Cahiers du Ceriem*, 6, 69-80.
- Eland, A. & Rigter, H. (2001). *Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie Nationale Drugmonitor*. Utrecht: Bureau NDM.
- Ellis, M.A. (1999). Support for the effectiveness of culturally competent drug and alcohol treatment, policy planning and programme development. *Journal of Substance Use*, 4, 35-40.
- Finn, P. (1996). Cultural responsiveness of drug user treatment programs: approaches to improvement. *Substance Use and Misuse*, 31, 493-518.
- Fountain, J., Bashford, J., Underwood, S., Khurana, J., Winters, M., Patel, K. & Carpentier, C. (2002). *Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities*. Lisbon: EMCDDA.
- Haasen, C., Yagdiran, O. & Toprak, M.A. (2001). Negative outcome factors for addicted migrants. *European Addiction Research*, 7, 202-204.
- Haasen, C. (2007). *Cultural aspects in treatment and health policy with respect to substance use disorders*. Oslo
- Haerden, H. (2002). *Outreaching werken voor moeilijk bereikbare groepen*. Voorgedragen op de 'Studiedag Interculturele Hulpverlening en etnisch-culturele minderheden'. Brussel: 2 oktober 2002.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Broekaert, E. & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006265*.
- Ja, D.Y. & Aoki, B. (1993). Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 61-71.
- Jacobs, D. (2005). Het allochtone verenigingsleven in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest. In: Swyngedouw, M., Delwit, P. & Rea, A. (eds.), *Culturele diversiteit en samenleven in Brussel en België*. Leuven: Acco, pp159-170.
- Jung, C. (2004). Immigration et toxicomanie. *Revue Toxibase, Migrants et usages de drogues*, 13, 1-3.
- Levi, R. (2004). *De straat, je werkplek. Een onderzoek naar de rol van huiskamerprojecten in de hulpverlening en gezondheidsbevordering voor vrouwen in de straatprostitutie*. Enschede: Univeriteit Twente.
- Lodewyckx, I., Janssens, A., Ysabie, P. & Timmerman, Ch. (2005). *Allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening?* Antwerpen – Hasselt: Steunpunt Gelijkekansenbeleid – Consortium UA en UHasselt; Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) – UA.
- Lombrail, P. (1999). A propos des liens entre santé et migration. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 4, 37-44.
- Longshore, D., Hsieh, S., Anglin, M.D. & Annon, T.A. (1992). Ethnic patterns in drug abuse treatment utilization. *Journal of Mental Health Administration*, 19, 268-277.
- Non-profit data (NPDATA) (2007). *Nationaliteit per gemeente*. <http://www.npdata.be/Data/Vreemdelingen/NIS/2005/NIS-Nat-2005-vreemdeling-afkomst-cijfers.htm> (3-1-2007).
- Nourozifar, M. & Zangeneh, M. (2006). Mental health and addiction stage of ethnicocultural/racial communities. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 288-293.
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2002). *L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique*. Berne: OFSP.
- Panunzi-Roger, N. (2005). L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine. *Psychotropes*, 11, 1, 33-54.
- Rassool, G.H. (2006). Substance abuse in black and minority ethnic communities in the United Kingdom: A neglected problem? *Journal of Addictions Nursing*, 17, 127-132.
- Reid, G., Aitken, C., Beyer, L. & Crofts, N. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs – Education, Prevention and Policy*, 8, 359-374.

- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice Advance Access*, 23, 326-348.
- Schneider, J. (2001). *Drug treatment and ethnicity. A comparative study in the metropolitan areas of Frankfurt, Tel Aviv and San Francisco*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Vandeveldde, S. & Vanderplasschen, W. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen. Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap.
- Vanderplasschen, W. (2004). Implementation and evaluation of case management for substance abusers with complex and multiple problems. *Orthopedagogische Reeks*, 17.
- Vanderplasschen, W., Vandeveldde, S., Claes, C., Broekaert, E. & Van Hove, G. (2006). *Orthopedagogische werkvelden in beweging: organisatie en tendensen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lobbens, P., Messely, J., Meul, J., Seynaeve, P. & Vermeiren, D. (2007). Follow-up onderzoek naar de effecten van de behandeling van alcoholafhankelijkheid in een aantal psychiatrische ziekenhuizen. *Orthopedagogische Reeks*, 27.
- Van Hove, G. (2004a). Nieuwe tendensen in de orthopedagogiek: Anders werken met mensen met een verstandelijke handicap: emancipatie of empowerment? In: Broekaert, E. (red.). *Handboek Bijzondere Orthopedagogiek*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, pp 335-386.
- Van Wamel, A. & Eland A. (2001). *Buiten bereik. Allochtone druggebruikers buiten de hulpverlening*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen J.E.E., Smit, F., Toet, J., Van Driel, H.F. & Van Ameijden E.J.C. (2004). Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years. *Addiction Research and Theory*, 12, 3, 285-298.
- Wade, P. & Bernstein, B.L. (1991). Culture sensitivity training and counselor's race: effects on Black female clients' perceptions and attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 9-15.
- Yildiz, A. & Keersmaekers, R. (2001). *Rapport: Allochtone verenigingen en drugs in Antwerpen*. Antwerpen: SODA.

GLOSSARIUM

- Acculturatie(proces):** het proces van aanpassing dat optreedt wanneer culturele groepen langdurig in contact komen met elkaar
- Addiction Severity Index (ASI):** een multidimensioneel assessmentinstrument ontwikkeld om de ernst van problemen op een aantal gebieden, die vaak met het gebruik van verslavende middelen geassocieerd worden, vast te stellen
- African-American:** Amerikaan van Afrikaanse afkomst
- African-Carriëben:** persoon die uit een Afrikaans of Caraïbisch land afkomstig is
- Allochtoon:** afkomstig van een land verschillend van datgene waar men verblijft
- Ambulante hulpverlening:** hulpverleningsdiensten die op ambulante basis verstrekt worden, waarbij de cliënt in de eigen woon- en werkomgeving verblijft.
- Anti-depressivum:** gemoedsstimulerende medicatie die voornamelijk gebruikt wordt voor de behandeling van affectieve stoornissen en gerelateerde condities
- Asian-Pacific Islander:** persoon die uit een Aziatisch land of de 'Pacific Islands' afkomstig is
- Autochtoon:** inheems persoon
- Aziatische Indiër:** persoon behorend tot de Zuid-Aziatische bevolkingsgroep afkomstig uit Indië; Hindoestaan
- Benzodiazepines:** groep sederende en angstgevoelverminderende middelen
- Bicultureel acculturatieniveau:** acculturatieproces dat resulteert in een aangepastheid aan beide culturen
- Case management:** het systematisch aanbieden van gecoördineerde zorg, afgestemd op de noden van de individuele cliënt
- Cocaïne:** stimulerende harddrug geëxtraheerd uit de cocaplant
- Coping – copingstrategie – copingwijze:** het omgaan met moeilijkheden
- Crack:** rookbare variant van cocaïne
- Cross-cultureel:** over verschillende culturen heen
- Cultural awareness:** gevoeligheid voor culturele eigenheden
- Cultural blindness:** ongevoeligheid voor culturele eigenheden
- DSM(-IV)-syndromen:** syndromen die het classificatiesysteem 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' beschreven worden
- Etnisch-culturele minderheid:** het geheel van de allochtonen, de vluchtelingen en de woonwagengewoners en de niet tot voornoemde groepen behorende vreemdelingen die zich in België bevinden zonder wettig verblijfsstatuut en die wegens hun noodsituatie opvang en bijstand vragen
- Etnoculturele factoren:** etnische en culturele kenmerken
- Extacy:** synthetische harddrug
- Drugafhankelijkheid:** toestand waarin een persoon fysiek en/of mentaal van een stof afhankelijk is en de controle over het gebruik van het middel verloren heeft. Er is sprake van tolerantie of van onthoudingsverschijnselen.
- Druggebruiker:** persoon die verslavende middelen gebruikt
- Drughulpverlening:** hulpverlening gericht op cliënten met een druggerelateerde hulpvraag
- Drugverslaving:** zie drugafhankelijkheid
- Dubbele uitsluiting / dubbele isolering:** uitsluiting uit zowel het sociaal en familiaal netwerk als het hulpverleningsnet
- Eerstelijnsgezondheidszorg:** gezondheidszorg waar mensen zonder doorverwijzing / op eigen initiatief beroep op kunnen doen
- Etnische identiteit:** product van de identiteitsvorming in relatie tot de culturele kenmerken van de betrokken etnische gemeenschappen
- Focusgroep:** een gestructureerde discussie met betrekking tot een bepaald onderwerp, gevoerd door een kleine groep stakeholders (4 à 12 personen) begeleid door een gespreksleider
- Gemedicaliseerde visie:** visie die sterk geschoeid is op het medisch paradigma
- Hallucinogenen:** psychotrope stoffen die hallucinaties opwekken bij inname
- Harm reduction:** benadering van druggebruik waarbij men beoogt de negatieve gevolgen van het gebruik van psychoactieve middelen te reduceren voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving
- Heroïne:** verlavend opiaat dat bereid wordt uit morfine
- Hispanic:** Amerikaan die uit een Midden- of Zuid-Amerikaans land afkomstig is
- Illegale drugs:** verslavende middelen die bij wet verboden zijn
- Interesting practices:** geslaagde en minder geslaagde initiatieven die inspirerend kunnen werken ten aanzien van het ontwikkelen van de eigen praktijk
- Intraveneus druggebruik:** het injecteren van drugs in de aders

- Khat:** de bladeren en takjes van een plant met de Latijnse naam *Catha Edulis* Forsk die vaak gekauwd worden door Somalische bevolkingsgroepen, Yemenieten, Ethiopiërs en Arabieren uit het Midden-Oosten omwille van diens oppeppende werking
- I'étranger:** vreemdeling, buitenlandse man of vrouw
- I'immigré:** persoon die naar een andere streek of een ander land verhuist
- LSD:** afkorting van het Duitse woord Lysergsäure-diäthylamid dat verwijst naar een hallucinogene synthetische drug
- Medisch georiënteerde programma's:** programma's die voornamelijk steunen op het medisch paradigma en sterk in verband staan met de geneeskunde
- Methadon:** chemische opiumachtige stof die gebruikt wordt als medicijn en vervangproduct voor heroïne
- Migrant:** persoon die naar een andere streek of een ander land verhuist
- Migratie(proces):** het verhuizen of zich verplaatsen van het land van herkomst naar een gastland
- MOF:** als misdrijf omschreven feit
- MSOC:** medisch-sociaal opvangcentrum
- Multicultureel burgerschap:** burgerschap dat uit (elementen van) verschillende culturen in samengesteld
- Native American:** oorspronkelijke Indiaanse bewoner van het Amerikaanse continent
- Neurolepticum:** middel dat gebruikt wordt bij psychosen, omdat het de werking van de hersenen remt
- “One size fits all”- benadering:** standaardbenadering
- Opiaten:** verzamelnaam voor uit opium gederiveerde middelen of de (semi-)synthetische afgeleiden daarvan
- Outcome:** het resultaat, de uitkomst van een programma
- Residentiële hulpverlening:** behandelingsaanbod waarbij de cliënt dag en nacht opgenomen wordt in de dienst waar de hulpverlening verstrekt wordt
- Semi-gestructureerd interview:** interview dat deels een gestructureerd verloop en deels een ongestructureerd verloop kent
- Spuitenruilproject:** projecten waar injecterende druggebruikers gebruikte spuiten kunnen inwisselen tegen nieuw, steriel injectiemateriaal, wat kadert binnen de gezondheidspreventie
- Therapeutische gemeenschap:** therapeutische totaalbenadering van druggebruik waarbij de cliënt een langdurig, residentieel engagement aangaat door deel te worden van een gemeenschap
- Verslavingszorg:** hulpverleningscircuit dat zich naar druggebruikers en –verslaafden oriënteerd
- XTC (voluit: extacy):** zie extacy
- Zorgaanbod:** het aanbod aan zorg en hulp dat verstrekt wordt vanuit het hulpverleningscircuit
- Zorggebruik:** het gebruikmaken van het zorgaanbod door cliënten
- Zorgtraject:** de weg die een cliënt aflegt naar en in het zorgcircuit
- Populations d'origine étrangère:** het geheel van de allochtonen, de vluchtelingen en de woonwagenbewoners en de niet tot voornoemde groepen behorende vreemdelingen die zich in België bevinden zonder wettig verblijfsstatuut en die wegens hun noodsituatie opvang en bijstand vragen.

BIJLAGEN – ANNEXES

ANNEXE 1

SCHEMA D'INTERVIEW SUR LES TRAJECTOIRES DE SOINS DES USAGERS DE DROGUES ISSUS DES MINORITES D'ORIGINE ETRANGERE

Remarques :

- L'ordre de cette liste est flexible et dépendant du déroulement de l'interview. Pour cette raison, les thématiques dont les contenus se ressemblent fortement, sont placées dans des sous-titres identiques. De cette façon, nous évitons d'aborder les sujets sensibles plusieurs fois.
- Éviter les questions subjectives.
- Ne pas oublier d'analyser la perception individuelle et l'expérience du répondant, et pas les positions générales.

1. Introduction

- a) Présentation de la recherche (problématique et objectifs).
- b) Consentement éclairé: signature du document.
- c) Raisons de l'enregistrement. Anonymat. Temps de conservation des données.
- d) Questions éventuelles.

2. Présentation

- a) Présentation de l'interviewé:
 - Statut socioéconomique
 - Etat civil et conditions de vie réelles
 - Enfants
 - Nationalité et situation juridique
 - Pays d'origine
 - Origine culturelle
 - ...
- b) Place de l'interviewé dans la société belge :
 - Personnel
 - Socio-économique
 - A propos du réseau de soins
 - A propos du logement
 - Situation juridique
 - ...

Si discriminations, identifier celles issues de l'usage de drogues et/ou celles issues de la minorité d'origine étrangère.

3. Usage actuel de drogues

- a) Caractéristiques de l'usage actuel de drogues
 - Fréquence
 - Substance : alcool, héroïne, méthadone, médicaments, cocaïne, amphétamines, cannabis, hallucinogènes, solvants...
 - Modes de consommations : fumer, inhaler, ingérer, sniffer, injecter
 - Contexte de consommations
 - Délimitation des périodes d'usage
 - Premiers usages
 - ...
- b) Quels éventuels avantages ou fonctions l'interviewé lie-t-il à son usage ?
- c) Quels éventuels inconvénients l'interviewé lie-t-il à son usage ?

Objectif : Répertoire les trajectoires individuelles d'usage de drogues, en d'autres termes obtenir une image chronologique de l'usage de stupéfiants et l'identification des moments-clés (approfondissement des motivations individuelles, des attentes, des objectifs et des perceptions).

4. Trajectoire de soins

- a) La demande d'aide individuelle chez le répondant. L'interviewé pense-t-il que son usage est problématique et qu'il a besoin de soins (indépendamment de la nature des soins) ?
- b) Sentiments éprouvés à l'égard des soins
 - Le répondant a-t-il une expérience avec l'offre de soins Belges ? (contacts, fréquence, objectifs)
 - ♣ Soins généralistes
 - ♣ Soins spécialisés
 - Si oui, questions sur l'expérience individuelle du répondant lors de ces contacts
 - ♣ Description de l'aide généraliste
 - ♣ Expériences positives : avantages
 - ♣ Expériences négatives : inconvénients et/ou problèmes
 - ♣ Appréciation de l'effectivité
 - ♣ Adaptations nécessaires afin de réduire ces inconvénients / améliorer l'effectivité.
 - Si non, questions sur les raisons
 - ♣ Raisons (données par le répondant)
- c) Expérience d'offres de soins alternatives
 - Si oui, questions sur l'expérience individuelle du répondant lors de ces contacts
 - ♣ Description générale des soins
 - ♣ Expériences positives : avantages
 - ♣ Expériences négatives : inconvénients et/ou problèmes
 - ♣ Appréciation de l'effectivité

Objectif : Répertoire les trajectoires de soins individuelles, obtenir une image chronologique de l'usage de drogues et de soins (aussi bien les trajectoires de soins au sein de l'assistance, que les trajectoires de soins alternatifs), et l'identification des moments-clés (approfondissement des motivations individuelles, des attentes, des objectifs et des perceptions).

5. Famille et environnement

- a) Général
 - Général : présentation de la famille: Enfants, frères et sœurs, parents, grands-parents,...
- b) Histoire de la migration de la famille
 - Histoire migratoire
 - Arrivée en Belgique
 - Raisons de la migration
 - Statut socioéconomique
 - Difficultés liées au processus de migration
 - ...
- c) Acclimatation de la famille à la vie en Belgique :
 - Description de l'acclimatation
 - Offres de soins utilisées
 - ...
- d) Expérience et perception de l'expérience de cette acclimatation, pour le répondant (si pas né en Belgique)
 - Expérience positive
 - Expérience négative
 - Acculturation
 - Vie entre deux cultures
 - Discrimination et paupérisation de la famille
 - Statut socioéconomique
 - Conflits intergénérationnels
 - ...

6. Usage de drogues

- a) Réaction de la famille à l'usage de drogues
 - Famille dans son entièreté (expliquer)
 - Réaction de la famille à l'usage de drogues du répondant
 - Eventuelles réactions à l'usage de drogues chez d'autres membres de la famille
 - ...
 - Possibilité de parler d'usage de drogues avec la famille

- b) Autres réactions à l'usage de drogues :
 - De qui viennent ces réactions ?
 - ♣ Imam
 - ♣ Communauté des croyants
 - ♣ Pairs et amis
 - ♣ ...
 - Possibilité de parler d'usage de drogues avec ces derniers
- c) Quelles réactions furent ressenties comme importantes par le répondant ? Pourquoi ?

7. Réactions à l'égard de l'offre de soins (relier à la trajectoire de soins)

- a) Réactions de la famille à l'égard de l'offre de soins
- b) Trajectoires de soins alternatives proposées par la famille
- c) Réactions d'autres personnes à l'égard de l'offre de soins
- d) Trajectoires de soins alternatives proposées par ces autres personnes.

BIJLAGE 2

STATEMENTS FOCUSGROEPEN

1. Druggebruik is omhuld met schaamte binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschap; er bestaat een reëel taboe rond het thema.

De meerderheid van de interviews illustreren dat druggebruik een factor van schaamte is voor de gebruiker en zijn naasten waardoor het gebruik verborgen wordt gehouden. Wanneer de familie op de hoogte is van het gebruik, trachten ook zij dit geheim te bewaren naar de gemeenschap toe. Wanneer de stap naar de drughulpverlening wordt gezet, wordt ook dit door de naasten voor zich gehouden. Het druggebruik heeft een taboe-status wat open communicatie tussen gebruiker en zijn naasten en binnen de gemeenschap belemmert.

2. Er is een gebrek aan kennis over de producten en over het zorgaanbod onder de druggebruikers en hun naasten. Op dit vlak wijzen de interviews op een generatieverschil.

Bepaalde respondenten waren niet op de hoogte van de verslavende eigenschappen van de gebruikte producten; hanteren twijfelachtige percepties over de eigenschappen en risico's van de producten of bepaalde gebruikswijzen. De kennis over het geïnstitutionaliseerde zorgaanbod is ontoereikend en soms foutief. Deze kenniskloof lijkt des te dieper onder de ouders.

3. Het gebruik van methadon komt frequent voor en uit zich op gevarieerde wijze.

De meerderheid van de respondenten (32/44) rapporteren het gebruik van methadon, al dan niet in het verleden. Sommigen onderlijnen het gemak waarmee dit middel kan bekomen worden, zowel in gespecialiseerde instellingen als bij huisartsen. Verschillende gebruiksdoeleinden en -wijzen kwamen in de loop van de interviews aan bod (als vervangingsproduct, als middel ter ondersteuning met het oog op abstinentie, als roesmiddel voor eigen gebruik of voor verkoop).

4. Contacten met politie en justitie kunnen fungeren als een toegangspoort naar het geïnstitutionaliseerde hulpverleningsaanbod. Vrijheidsberoving biedt daarenboven de mogelijkheid, gekozen of gedwongen, het druggebruik te controleren en zelfs stop te zetten.

We stelden vast dat de geïnterviewde respondenten contacten hadden of hebben met het gerechtelijke apparaat en een niet te verwaarlozen aandeel minstens één vrijheidsberoving onderging. Soms effende dit het pad naar het zorgaanbod: voornamelijk de alternatieve maatregelen of de psychosociale begeleiding leidden gebruikers naar de drughulpverlening. Voor sommige respondenten betekende hun vrijheidsberoving een gelegenheid het druggebruik te milderen of stop te zetten. Daar waar dit voor sommigen niet anders kon, was dit voor anderen hun vrije keuze.

5. Druggebruikers en hun naasten doen met moeite beroep op een psycholoog omdat ze het belang ervan niet inzien of omdat ze deze figuur wantrouwen.

Bepaalde druggebruikers vanuit een etnisch-culturele minderheid wendden zich moeilijk tot een psycholoog omdat ze niet inzien hoe het praten over hun problemen kan bijdragen tot het oplossen ervan. Sommigen onder hen geven een cultuurverschil op om een kloof of een wantrouwen, dat zijzelf of hun ouders ervaren, te plaatsen.

6. De relatie tussen druggebruikers en hulpverleners verloopt gemakkelijker indien de hulpverleners levenservaring hebben, zelf nog druggebruiker geweest zijn.

Bepaalde respondenten gaven expliciet aan het gevoel te hebben niet te worden begrepen door sommige hulpverleners omdat deze enkel theoretische kennis over het onderwerp hadden. Dit lijkt het opbouwen van een vertrouwensband tussen gebruiker en hulpverlener te ondermijnen. In dit kader geven sommigen de voorkeur aan een ervaringsdeskundige waarmee ze zich in bepaalde aspecten kunnen identificeren.

7. Sommige druggebruikers vanuit een etnisch-culturele minderheid verkiezen contact met een hulpverlener met een gelijkaardige culturele herkomst als henzelf, anderen verkiezen hulpverleners die gevoelig zijn voor culturele verschillen.

Sommige respondenten gaven aan zich beter begrepen te voelen door of meer vertrouwen te hebben in een hulpverlener met een gelijkaardige culturele afkomst. Langs de andere kant waren andere respondenten tevreden over hun relatie indien de hulpverlener gevoelig was voor culturele verschillen.

-
- 8. Druggebruikers die behoren tot een etnisch-culturele minderheid doen frequent beroep op copingmechanismen als alternatief voor of complementair aan ons geïnstitutionaliseerde zorgaanbod zoals terugkeren naar het land van herkomst, in het huwelijk treden, religie en autonome ontwenning.** De meerderheid van de ondervraagde personen getuigden op een of ander moment in de loop van hun traject alternatieve copingmechanismen te hanteren. Gedwongen of vrijwillig, keren ze tijdelijk terug naar het land van herkomst, treden ze in het huwelijk, keren ze zich tot religie of ontzeggen ze zich druggebruik zonder enige vorm van professionele ondersteuning. Hoewel deze mechanismen eigen lijken aan de culturele herkomst van de respondent, lijken eerder de manifestaties cultureel gebonden en is het betwistbaar dat deze mechanismen voorbehouden zijn voor mensen uit een etnisch-culturele minderheid.
- 9. Het zorgtraject wordt gekenmerkt door herhalingen, onderbrekingen en variatie.** De meerderheid van de respondenten doen niet enkel beroep op verscheidene types van zorg maar keren bovendien meer dan eens terug naar eenzelfde type behandeling. Bovendien is herval eerder regel dan uitzondering. Dit lijkt niet enkel gebonden aan het vroegtijdig verlaten van een programma; ook na het beëindigen van een programma is herval een reëel risico.
- 10. De zorgtrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden lijken geen grote verschillen te vertonen met zorgtrajecten van andere druggebruikers.** Ondanks het ontbreken van een vergelijkingsgroep voor de interviews, hebben we de indruk dat de kwalitatieve analyse weinig verschillen aantoont in de zorgtrajecten tussen gebruikers vanuit een etnisch-culturele minderheid en andere druggebruikers. Dit vermoeden blijkt te worden bevestigd door de kwantitatieve analyse.