

Prise en charge de la consommation des substances dans les centres Fedasil (DRUGINT)

Conclusions & recommandations



Charlotte De Kock

Tom Decorte

Ilse Derluyn

Référence : De Kock, C., Decorte, T., Derluyn, I. (2023). Les services d'assuétudes pour les demandeurs de protection internationale (DrugInt). Conclusions et recommandations Bruxelles : Fedasil.

Ce rapport est le résultat du projet DrugInt, soutenu par Fedasil. Appel à projet 2022 - SUB2023-95.

Les auteurs remercient expressément les personnes interviewées et les participants à l'enquête en ligne pour leur contribution. Nous souhaitons également remercier les membres du groupe de réflexion pour leurs réflexions critiques (Lien Bruggeman, Dirk Jacobs, Abdel-Ilah El Abbassi, Jeroen Daelman, Eric Husson, Joris Van Acker, Joel Zina Mbiton, Nicolas Van Puymbroeck). Enfin, nous remercions Elise Naméche et Eric Husson qui ont apporté leur soutien aux traductions en français.

L'image de la couverture est un nuage de mots des réponses à la question " *Quels obstacles à l'orientation vers les services d'assuétudes avez-vous personnellement rencontrés ?* " de l'enquête en ligne destinée aux professionnels des centres d'accueil (voir le point 3.5.3 du rapport pour l'analyse complète).

CONCLUSIONS DE DRUGINT

Cette étude avait quatre objectifs :

1. Cartographier la situation actuelle concernant l'utilisation de substances parmi des demandeurs de protection internationale.
2. Identifier les obstacles perçus dans l'accès aux services d'assuétudes.
3. Formuler des recommandations ciblées au niveau de l'organisation (réseau d'accueil et services d'assuétudes) et de la politique.
4. Création d'un clip de connaissances et d'une infographie sur la prise en charge de la consommation des substances dans les centres Fedasil.

Dans ce qui suit, nous développons les réponses aux questions de recherche, à savoir

1. Quelle est la nature de l'utilisation de substances (substances légales et illégales et médicaments) parmi des demandeurs de protection international ?
2. Quelles sont les interventions dans les centres d'accueil de Fedasil ?
3. Vers quel type de services d'assuétudes les demandeurs sont-ils orientés et quelles sont les expériences en matière d'orientation vers des services d'assuétudes et de traitement ?
4. Quels sont les besoins en matière de formation et d'intervention des professionnels des refuges en ce qui concerne l'utilisation de substances ?

Pour répondre à ces questions, une enquête en ligne a été diffusée au personnel de Fedasil et à d'autres acteurs du réseau d'accueil. Cette enquête a été entièrement complétée par 273 répondants (81% Fedasil). Quarante-neuf entretiens qualitatifs ont été menés avec principalement du personnel de Fedasil (n=25), des professionnels des services d'assuétudes (n=16) ainsi que des Centres d'accueil fermés pour personnes en séjour illégal (n=6) et d'autres partenaires du secteur de l'accueil (n=2).

Tabac, alcool, cannabis ET inquiétude croissante concernant la consommation de médicaments

Il est très difficile d'établir la prévalence de l'utilisation de substances parmi les personnes en exil. Les quelques études européennes à grande échelle disponibles (De Kock, 2022b; Elkholy et al., 2023; Harris et al., 2019; Kieseppä et al., 2020; van Dorp et al., 2021) suggèrent que la prévalence de la consommation de substances dans ces groupes cibles au niveau de la population est plus faible peu après l'arrivée dans les pays d'accueil et converge avec l'utilisation dans le pays d'accueil après un séjour plus long.

Les trois substances les plus fréquemment observées par les répondants de cette étude - comme dans d'autres pays européens (EMCDDA & EUAA, 2023) - sont les mêmes qu'en population générale : le tabac, l'alcool et le cannabis. Comme dans d'autres pays européens, l'usage non médical de médicaments psychotropes est également observé par les répondants de cette étude, y compris les benzodiazépines (par exemple Rivotril®), la prégabaline (Lyrica®) et les opioïdes (Tramadol®). L'utilisation de ces médicaments semble trouver son origine dans la culture des utilisateurs dans le pays d'origine. Aussi, en Europe, ces médicaments ont d'abord été prescrits de manière médicalement responsable en raison de lésions physiques ou psychologiques (traumatismes), par exemple, mais une surconsommation s'en est suivie. Dans cette étude, comme dans les recherches précédentes (Dufau, 2020; Moens & Husson, 2023; Servais et al., 2023; Transit, 2022) constaté que ces substances sont

assez faciles à obtenir par le biais du nomadisme médical et sur le marché noir et qu'elles sont utilisées dans le cadre de l'automédication.

L'utilisation de substances est influencé par des facteurs antérieurs et postérieurs à la migration : les personnes consommaient-elles déjà des substances dans le pays d'origine ? Des médicaments ont-ils été prescrits après l'arrivée dans l'Union européenne ? Cette étude identifie de nombreux facteurs post-migratoires qui influencent l'utilisation de substances. Ainsi, nous avons relevé de nombreux cas où une décision positive concernant la demande de protection internationale a conduit à une diminution de la consommation ou où une décision négative a eu une influence négative sur la consommation.

En outre, plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à l'utilisation de substances sont identifiés par les personnes interviewées dans le cadre de cette étude, tels que les problèmes psychiatriques, le fait d'être un homme seul, l'isolement, un parcours migratoire difficile, l'ennui et la longueur de la procédure d'asile. Au niveau méso, les critères d'exclusion (langue) et les listes d'attente dans les services d'assuétudes influencent également le cours de la consommation.

Un groupe cible spécifique se distingue en termes d'utilisation de substances : les mineurs qui ne demandent pas de protection internationale, qui sont en transit ou qui se trouvent en Belgique dans le cadre de la migration circulaire. Ce sont des jeunes qui mènent une existence nomade en Europe et qu'il est difficile d'approcher pour les conseiller. De plus, ils ont souvent un accès très limité aux services. Ce groupe cible est également remarqué par les services de prise en charge des assuétudes - surtout à Bruxelles - et nécessite une approche spécifique (Moens & Husson, 2023). CAW Brabantia et Caritas International (2021) signalent que "*la vulnérabilité, le statut de minorité et le désespoir augmentent le risque de se retrouver dans la rue et les conséquences en termes d'exploitation, d'abus d'alcool et de drogues, de comportement de fuite et de troubles mentaux*".

En ce qui concerne les problèmes liés aux substances dans les centres, les personnes interviewées et ceux qui ont rempli le questionnaire mentionnent les incidents liés à l'alcool comme problème principal. Au cours des entretiens, des incidents liés à la consommation d'autres substances ont également été évoqués. Ces incidents posent surtout problème s'ils compromettent la sécurité des autres résidents ou du personnel. Il est donc important, dans le cadre du bien-être des résidents, du personnel et de la personne concernée, de traiter ces incidents de manière réfléchie. En l'absence de possibilités d'intervention, ces incidents conduisent trop souvent à un transfert disciplinaire dans un autre centre où la personne perd son réseau d'assistance et d'autres contacts sociaux et où le suivi n'est pas toujours assuré. Ainsi, dans de nombreux entretiens, il est mentionné que les personnes qui consomment des substances problématiques ont souvent un long parcours émaillé de plusieurs transferts disciplinaires sans être réellement suivies.

Nécessité d'interventions donnant la priorité non seulement à la sécurité, mais aussi à l'orientation

En ce qui concerne les interventions disponibles, l'accent a d'abord été mis sur la **manière dont l'utilisation de substances est identifié** dans les centres. Dans les centres de première et deuxième étapes, l'accueil médical permet en théorie au service médical d'être au courant de l'utilisation de substances. Cependant, cette information est rarement identifiée par le demandeur de protection internationale en raison de contraintes de temps ou d'un manque de confiance lors de l'accueil médical. Après l'arrivée dans un centre de deuxième étape, la personne peut informer le service médical de la consommation de médicaments et/ou d'autres substances ou demander des

ordonnances au médecin du centre. Cependant, ces informations ne sont pas systématiquement transmises aux autres équipes chargées de la supervision quotidienne et du suivi des procédures des résidents.

Le personnel de la réception peut également capter des signaux d'utilisation parce qu'il est également présent après les heures de bureau et pendant la nuit. Bien que la plupart des centres disposent de procédures d'observation, même ces informations ne sont pas systématiquement transmises aux autres services (sociaux, médicaux). En outre, des problèmes se posent quant à l'interprétation du secret médical et professionnel, partagé ou non, d'une part, et à la répartition des tâches par catégorie professionnelle, d'autre part. En ce qui concerne l'identification initiale par un membre du personnel, il apparaît aussi souvent un manque de partage et de transmission des informations nécessaires, en particulier entre la deuxième et la troisième phase et entre la deuxième phase et les services d'assuétudes.

Étant donné que le **service médical** traite par défaut les problèmes liés aux substances et en l'absence de psychologue dans de nombreux services médicaux, l'utilisation de substances est souvent abordée principalement d'un point de vue médical et moins d'un point de vue psychosocial. L'absence de contacts structurels ou d'accords de confidentialité médicale partagée renforce cette situation, car la ligne de communication entre les travailleurs sociaux et le service médical n'est pas toujours claire. Cependant, les entretiens montrent qu'il existe un grand potentiel parmi les travailleurs sociaux/ accompagnateurs de vie quotidienne. Dans un certain nombre de centres (petits et moyens), les assistants sociaux mènent des entretiens avec les résidents, ce qui leur permet de mener une intervention précoce. Bien que cela dépende du centre et soit particulièrement difficile dans les grands centres, nous pouvons réfléchir à la manière dont les travailleurs sociaux/ accompagnateurs de vie quotidienne peuvent utiliser au maximum l'**entretien motivationnel** et l'intervention précoce (p. ex. l'outil Assist).

Une minorité de centres (principalement flamands) ont mis en place une **politique en matière de drogues grâce à la boîte à outils de VAD** qui existe à cet effet et au projet que le VAD a mené à ce sujet en 2017-2018. Néanmoins, nous constatons qu'une telle politique est rapidement diluée si elle n'est pas suivie de manière structurelle. La désignation récente du « SPOC Alcool et Drogues » pourrait changer ce ça. Fedasil a des lignes directrices concernant l'interdiction de consommer dans les centres, la meilleure façon de se référer à la distribution de méthadone et également en termes de prescription de médicaments. Etant donné que les personnes interviewées demandent plus de directives et d'orientations pour les personnes avec une problématique de consommation de substance, il faudrait envisager une politique de drogues et de suivi structurelle et intégrée au niveau de Fedasil et adaptable au niveau des différents centres.

L'implication de la **police en cas de** forte suspicion de trafic et d'incidents, ainsi que le **contrôle des chambres** et le **transfert** vers d'autres centres après des incidents, sont des mesures utilisées par presque tous les centres. Alors que ces interventions peuvent se justifier du point de vue de la sécurité et de la gestion, il est également important de s'engager parallèlement dans une perspective cohérente de suivi dans le cadre d'une politique de drogues et suivi de Fedasil. En effet, le fait que les membres du personnel se sentent souvent impuissants en cas d'incident lié à la consommation de drogue peut entraîner les résidents dans une spirale de transferts sans accompagnement. Le fait que les résidents soient parfois exclus et renvoyés dans la rue lorsqu'ils transgressent les règles et/ou qu'ils représentent un danger pour les résidents ou le personnel devrait également être examiné sous l'angle de l'accompagnement et des droits.

La langue est un critère d'exclusion et les listes d'attente bloquent l'orientation vers les soins appropriés.

Cette étude montre que les possibilités dans les services de prise en charge des assuétudes résidentiels et ambulatoires pour les demandeurs de protection internationales sont extrêmement limitées. Lorsque ce groupe cible trouve un accès aux services de prise en charge des assuétudes, c'est le plus souvent dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG). Cela correspond au tableau numérique des nationalités dans les services de prise en charge des assuétudes: en effet, les non-Belges étaient sous-représentés dans tous les services de traitement approuvés par l'INAMI au cours de la période 2013-2015, à l'exception des SPHG (De Kock, Blomme, et al., 2020). Cependant, les personnes interviewées se sont plaintes du fait que ces admissions sont généralement très courtes et se terminent lorsqu'il n'y a plus de danger aigu pour la vie. Ce groupe cible remplis rarement les conditions requises pour bénéficier d'un programme de longue durée, le plus souvent en raison de problèmes linguistiques. En effet, une maîtrise insuffisante de la langue est souvent un critère d'exclusion. Quelques admissions pour dépendance à l'alcool ont toutefois été signalées en Wallonie.

L'admission dans des hôpitaux psychiatriques (avec des services spécifiques pour la prise en charge des assuétudes) a rarement été signalée au cours des entretiens. Même dans ce cadre, ce groupe cible est souvent tenus à l'écart en raison de la langue. En revanche, ils sont souvent suivis dans les MASS et autres services ambulatoires. A Bruxelles et en Wallonie en particulier, il existe une grande variété de centres offrant ces services.

Dans de rares cas, il y a eu un suivi par un centre de santé mentale. Ces centres semblent être confrontés à de longues listes d'attente, ce qui fait qu'il est rare que les demandeurs de protection internationales s'y rendent. Enfin, les équipes mobiles et les équipes de crise de l'article 107 semblent rarement être une option pour les centres de Fedasil confrontés à une crise liée à la consommation de substance, car ces équipes ont tendance à se concentrer sur les problèmes psychiatriques plutôt que sur la dépendance à des substances. ELEA était une équipe mobile unique en son genre, mais elle n'existe plus depuis que le financement de l'AMIF a été interrompu. Il existe également des exemples d'équipes mobiles à Bruxelles qui pourraient être utiles pour l'ensemble de la Belgique (CoVeR, Artha...).

Sur base de l'enquête en ligne et des entretiens, en ce qui concerne les obstacles à l'orientation vers des services de prise en charge des assuétudes, au niveau individuel: la motivation, le traumatisme, la temporalité et le manque de perspective ont été identifiés comme barrières. Au niveau des services de prise en charge des assuétudes, la barrière de la langue et les listes d'attente ont été principalement signalées comme des obstacles. La distance entre les services et les centres dans des régions spécifiques (périphérie du Luxembourg, Hainaut et Namur, mais aussi Brabant wallon et Région de Bruxelles-Capitale) constitue également un seuil. Enfin, l'inadaptation des services de prise en charge des assuétudes, notamment dans la gestion des traumatismes et le travail avec les interprètes, est un seuil supplémentaire. Des services d'assuétudes spécifiques, adaptés et équipés pour ces groupes cibles devraient donc être envisagés.

Nécessité d'une formation de base pour toutes les catégories de personnel dans le cadre de l'accueil

Tant l'enquête en ligne que les entretiens indiquent que de nombreux répondants de Fedasil trouveraient une valeur ajoutée si une formation était disponible en termes de dépistage et d'indication des problèmes de drogue, d'introduction aux interventions et aux services et de gestion des incidents liés à la consommation de drogue. Une série de formations dispensées par l'asbl Alto a

déjà eu lieu en Belgique francophone et a fait l'objet d'une évaluation positive par les personnes interviewées. En outre, l'offre de formation a été identifiée comme une recommandation prioritaire lorsqu'il a été demandé aux répondants, lors des entretiens, de formuler trois recommandations pour améliorer les services d'assuétudes pour le groupe cible.

Les besoins en matière d'intervention n'ont été évoqués que dans l'enquête en ligne. Les répondants ont donné la priorité à des services de prise en charge des assuétudes plus accessibles. Ils ont également indiqué un besoin de renforcement de compétence en interventions psychologiques, un besoin d'informations sur le traitement du double diagnostic et de sensibilisation des résidents à l'utilisation de substances. Bien que cette question n'ait pas été directement posée lors des entretiens, la nécessité d'un plus grand nombre d'activités de prévention a été évoquée lors des entretiens. Toutefois, la distinction cruciale entre la prévention destinée en particulier aux jeunes qui n'ont pas encore été en contact avec des substances et la prévention/l'intervention précoce/la réduction des risques chez les personnes qui ont déjà été en contact avec des substances n'a pas été suffisamment prise en compte. Étant donné l'importance de cette distinction, elle devrait idéalement être incluse dans les futures activités de formation et de prévention. En effet, se concentrer uniquement sur les connaissances (par exemple, le type de substances et les risques) n'est pas efficace pour prévenir ou réduire l'utilisation de substances. Les activités de prévention devraient davantage se concentrer sur le comportement, les compétences personnelles et sociales, mais aussi sur les conditions dans lesquelles le groupe cible vit en raison de la politique d'accueil.

RECOMMANDATIONS DE DRUGINT

Dans ce qui suit, nous formulons 10 recommandations au niveau de Fedasil, des centres d'hébergement de Fedasil, des services de prise en charge des assuétudes et au niveau de la politique plus large en matière d'accueil. Les recommandations sont basées sur les résultats des entretiens, de l'enquête en ligne et de la littérature récente, en particulier, sur les rapports et les recommandations ci-dessous.

- « Politique en matière d'alcool et de drogues dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (VAD) » (rapport interne, 2018).
- "Exil et Migration" Recommandations de la (Feda, 2023).
- « XTRA-MENA : Mineurs non accompagnés en transit en Belgique et nécessité d'une prise en charge préalable » (Caritas International, 2021).
- « Santé mentale des réfugiés et des migrants : facteurs de risque et de protection et accès aux soins » (WHO, 2023).
- « Bonnes pratiques pour atteindre et traiter les réfugiés dans le cadre de la prise en charge des addictions en Allemagne - Une étude Delphi » (Stynlianopoulos et al., 2023).
- « Consommation de drogues et accès aux services de prise en charge des assuétudes pour les migrants vulnérables qui consomment des drogues dans l'Union européenne » (van Selm et al., 2023).
- « Personnes vulnérables ayant des besoins de soins spécifiques. Définition, identification, soins » (Fedasil, 2018).
- « ETHEALTH : Vers l'égalité des soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques » (Counne et al., 2020).
- « Professionnels travaillant dans les centres d'accueil en Europe : une vue d'ensemble des défis liés à la drogue et des besoins de soutien » (EUAA & EMCDDA, 2023).

RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DE FEDASIL (SIÈGE)

1. S'engager dans une politique cohérente en matière de drogue

- 1.1 Le développement d'une politique cohérente et suivie en matière de drogues, axée sur une perspective **d'orientation et de bien-être en parallèle à celle de la perspective de sécurité** et de gestion, en rassemblant et en complétant les lignes directrices existantes (intégration du secret professionnel partagé non clarifié, scénarios "what if", carte sociale, etc.). Les orientations gagneraient à ancrer la politique de fait de tolérance de l'alcool, entre autres, dans le règlement d'ordre intérieur.
- 1.2 Affiner les lignes directrices relatives au **secret professionnel partagé** et les diffuser à l'ensemble du personnel en vue d'une communication au groupe cible et d'une meilleure coopération dans et entre les centres autour de cas spécifiques et d'un suivi interdisciplinaire avec les intervenants externes. Dans ce contexte, il peut également être utile d'analyser le cloisonnement des différentes catégories de personnel Fedasil et de procéder à des restructurations si nécessaire (par exemple, services médicaux et sociaux).
- 1.3 Développer des **outils communs pour le secteur de l'accueil et pour les services de prise en charge des assuétudes, renforcer** l'information, la coordination, la coopération et l'orientation des demandes d'assistance entre le personnel d'accueil Fedasil et les services spécialisés.
- 1.4 Discuter de la **régulation de prescription** avec les médecins affiliés à Fedasil par l'affinement des accords, la formation commune, la concertation entre médecins et davantage de consultations multidisciplinaires/mini-équipes impliquant des médecins et la consultation de médecins affiliés aux centres BIZA.

2. S'engager à accroître l'expertise en matière de drogue

- 2.1 S'engager à disposer d'un **personnel spécialisé** ayant une meilleure connaissance des services de prise en charge des 'assuétudes et, en particulier, de psychologues (afin que le plus grand nombre possible de centres emploient un psychologue permanent) par le biais de campagnes de recrutement attrayantes.
- 2.2 **Formation annuelle de base** sur les drogues pour le nouveau personnel dans toutes les catégories du personnel Fedasil, le SPOC Alcool et drogues et les services médicaux en vue de transmettre ces connaissances dans les centres.
- 2.3 Organiser des **intervisions et la supervision** entre les centres d'accueil et les étapes du réseau d'accueil pour partager les bonnes pratiques.
- 2.4 Adapter la formation existante sur la gestion des incidents aux **incidents liés aux substances**.

3. L'utilisation maximale des installations d'accueil spécialisées

- 3.1 Maximiser l'accueil **individuel** pour les profils vulnérables qui n'entrent pas dans les catégories définies par la loi, notamment les utilisateurs de substances (qui souffrent souvent aussi d'autres problèmes de santé mentale).
- 3.2 **Dans la mesure du possible, les centres collectifs se spécialisent** par groupe cible afin que, par exemple, les enfants ne soient pas exposés à des substances consommées par les adultes.
- 3.3 Faire en sorte que **l'orientation vers la deuxième phase soit** permanente et cohérente en fonction de la vulnérabilité de la personne, de l'adaptabilité du centre et de la disponibilité des services du point de vue de l'orientation et de l'aide sociale.

- 3.4 S'engager dans une **offre spécialisée en tenant compte** à la fois des soins de crise (après les incidents critiques) et de la postcure après les parcours dans les services de prise en charge des assuétudes. CARDA, Parsame et ELEA peuvent être une source d'inspiration.
- 3.5 Élaborer des stratégies supplémentaires spécifiques et adaptées, pour la **prise en charge des mineurs** et des enfants des rues ayant des problèmes d'assuétudes. Concentrer le (pré)accueil des mineurs non accompagnés autant que possible dans des centres d'accueil de petite taille et séparés des adultes.

4. Améliorer la qualité de la communication avec et entre le personnel et avec le groupe cible

- 4.1 S'engager à fournir **toutes les informations nécessaires pour que le groupe cible, peu après leur arrivée**, puissent accéder aux soins de santé, quel que soit leur statut de résidence.
- 4.2 Rendre les **règles et les lignes directrices accessibles et publiques dans le réseau Fedasil** afin qu'elles puissent être facilement consultées par la groupe cible, le personnel et le grand public, y compris les acteurs des services de prise en charge des assuétudes.

5. Suivi systématique des phénomènes liés à la drogue et des interventions

Enregistrement cohérent des profils et des phénomènes liés à la consommation de drogue dans le réseau d'accueil, soit par des instantanés annuels dans les services médicaux, soit par un enregistrement cohérent dans Match-it et une analyse approfondie et anonymisée de ce dernier pour suivre les tendances et y répondre.

RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DU CENTRE FEDASIL

6. S'engager à partager efficacement les informations avec des internes et externes

- 6.1 Tenir compte de la manière dont **le personnel de l'accueil et de la réception** enregistre les **observations**, les standardise et intègre ces informations dans la supervision quotidienne.
- 6.2 En cas de besoin, et dans une logique de travail en réseau, mettre '**à l'agenda et discuter des cas lors des réunions avec des services de prise en charge des d'assuétude**'.
- 6.3 Lors de l'orientation vers les **deuxième et troisième phases ou vers les services de prise en charge des 'assuétudes**, fournir des **informations suffisantes** au prestataire de soins de santé, dans le respect du secret professionnel et en consultation avec le patient, soit dans Match-It, soit par le biais d'un contact personnel standardisé entre professionnels.
- 6.4 Déléguer une personne de référence (SPOC) pour faire partie des **réseaux régionaux** des services de prise en charge des 'assuétudes pour stimuler les synergies, le partage des connaissances et l'orientation des bénéficiaires (voir aussi la recommandation 8.3 au niveau de l'assuétude).
- 6.5 Déployer une **collaboration entre les services médicaux et les assistants/travailleurs psychosociaux** (en fonction de la structure du centre) pour le suivi de l'utilisateur de substances et l'orientation.

7. Mettre à jour et développer les interventions liées à la drogue

- 7.1 Proposer des **entretiens motivationnels**, des **interventions précoces (par ex. Assist)** et une **stratégie de prévention** axée sur le comportement, les compétences personnelles et sociales (plutôt que sur le partage des connaissances) pour des groupes cibles définis et permettre la formation du personnel. Utilisation encadrée des brochures de prévention traduites de la [Drugline](#).
- 7.2 Limiter autant que possible les **contrôles dans les chambres** au personnel chargé (de la prévention et) de la sécurité afin de ne pas compromettre la relation de confiance avec les travailleurs sociaux ou les intervenants.
- 7.3 Ne recourir aux **transferts disciplinaires** que s'il n'y a pas d'autre solution. Développer des interventions qui réduisent la nécessité des transferts.
- 7.4 Promouvoir la nouvelle formation de base sur les drogues et le matériel existant développé par le asbl Alto auprès de tous les employés de Fedasil.
- 7.5 Intégration des [*Guidelines de prise en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives*](#) & recommandations de [*XTRA-MENA : Mineurs non accompagnés en transit en Belgique et nécessité d'une prise en charge préalable*](#) (2021) dans les centres d'accueil pour mineurs non accompagnés.

RECOMMANDATIONS AU NIVEAU DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES ASSUÉTUDES

8. Adapter l'offre aux besoins des allophones et des personnes en exil

- 8.1 Pour améliorer la prise en charge des bénéficiaires, s'engager à suivre **une formation sur les traumatismes** et sur le travail avec les interprètes et les médiateurs interculturels.
- 8.2 S'engager en faveur du **développement de thérapies de groupe alternatives** dans les services de prise en charge des assuétudes résidentiels, en tenant compte des clients dont les compétences linguistiques sont limitées ou inexistantes.
- 8.3 Impliquer le SPOC ou une personne de référence des centres Fedasil voisins dans les **réseaux régionaux** de services de prise en charge des assuétudes pour renforcer les synergies, le partage des connaissances et l'orientation (voir aussi la recommandation 6.4 au niveau des centres Fedasil).
- 8.4 Fournir des **services mobiles** aux centres d'hébergement de Fedasil pour assurer le suivi des personnes avec un trouble d'usage de substance et la gestion des crises, en particulier dans les provinces où peu de services de secours sont disponibles.
- 8.5 S'engager à recruter un grand nombre **de travailleurs maîtrisant une langue étrangère** en tenant compte des limites de cette stratégie de recrutement (certains bénéficiaires préfèrent un conseiller ayant des antécédents et/ou une langue similaires, d'autres pas du 'out').
- 8.6 L'élaboration de **matériel d'information sur la réduction des risques et la prévention** dans différentes langues et/ou l'utilisation du matériel de Drugline.
- 8.7 S'engager dans des **options de suivi** en élaborant notamment un plan de suivi standard dès 'a fin d'un programme de soins dans les SPHG, les S'HG ou d'autres centres spécialisés.
- 8.8 **Impliquer les personnes en exil' dans l'élaboration** d'interventions les concernant.

RECOMMANDATIONS AU NIVEAU POLITIQUE (FÉDÉRAL ET RÉGIONAL)

9. S'engager à respecter les droits fondamentaux des personnes en exil

- 9.1 La sauvegarde des **droits fondamentaux de toutes les personnes en exil** (en l'occurrence, 'nourrir-loger-blanchir' / *bed-bad-brood* et une assistance médicale urgente), quel que soit leur statut, est une priorité. En effet, les personnes dont les droits fondamentaux sont violés (par exemple, absence de logement, privation de la nationalité sur la base du casier judiciaire) sont littéralement exclues de la société, ce qui accroît leur risque d'entrer en contact avec la criminalité et cela accroît également le risque de dépendance ou de problème de santé mentale.
- 9.2 La politique migratoire devrait reconnaître et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé mentale dans la mesure où ils influencent à la fois l'utilisation de substances et l'intégration. Cela est important dans le contexte d'une vision des services d'assuétudes axée sur le rétablissement.
- 9.3 Mettre à disposition des interprètes et des médiateurs interculturels à un prix abordable dans les services d'assuétudes spécialisés.

10. S'engager en faveur de fournir des services de prise en charge des assuétudes équitables pour les personnes issues de l'immigration et les réfugiés et, en particulier, financier des équipes mobiles

- 10.1 **Le suivi de l'accessibilité** et de la qualité des services de prise en charge des assuétudes et d'autres services est crucial pour l'évaluation des politiques et la sauvegarde de l'accessibilité des services de prise en charge des assuétudes pour les personnes en exil.
- 10.2 **Simplification et normalisation des procédures** et du champ d'application de l'aide médicale d'urgence (y compris les propositions de Médecins du Monde et de la Fédération des CPAS).
- 10.3 **Réglementer les critères d'exclusion** (par exemple la langue) dans les hôpitaux psychiatriques, en commençant par un contrôle objectif des critères d'exclusion utilisés.
- 10.4 Renforcer la capacité des **médecins et des pharmaciens** à traiter les personnes en exil en mettant l'accent sur la migration, la diversité, la dépendance et les traumatismes dans la formation des médecins et en diffusant largement les lignes directrices relatives à l'orientation, à la prescription et à la mise à disposition des médicaments.
- 10.5 Déploiement structurel d'**équipes mobiles** qui n'utilisent **pas l'usage de substances comme critère d'exclusion** et qui sont adaptées à la situation des personnes en exil.

FLANDRES

- Créer des **équipes mobiles et des équipes de crise** dotées d'une capacité suffisante pour éviter les listes d'attente, qui s'occupent également des questions liées aux substances et sont accessibles aux personnes qui ne parlent pas la langue et aux résidents des centres de Fedasil.

WALLONIE

- S'engager à assurer la présence de **services d'assuétudes suffisants dans toutes les provinces et à mettre en place des équipes mobiles**.
- Déployer des **équipes mobiles** capables de s'adapter aux différences régionales en l'absence de services d'assuétudes.
- **Cartographier de manière accessible l'offre existante en matière d'assistance aux usager.e.s de drogues et la rendre accessible aux centres Fedasil.**

BRUXELLES

- Continuer à soutenir les **équipes mobiles de soutien** existantes, spécialisées dans la prise en charge des utilisateurs de substances issus de l'immigration.
- Fournir un soutien financier à la "**fonction 05**" et un financement à long terme pour les services spécialisés et généraux destinés aux utilisateurs de substances issus de l'immigration.
- Ouverture d'un **centre de pré-soins** avec un centre d'accueil ouvert intégré pour les mineurs non accompagnés en transit.

Bibliographie

- Ballyn, M., Nechelput, J., & Bruyneel, L. (2021). *Niet-begeleide minderjarigen op doortocht in België en de nood aan pre-opvang.*
- Counne, I., Dauvrin, M., & Verrept, H. (2020). *Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden - Toelichting.* Cel interculturele bemiddeling en beleidsondersteuning.
- De Kock, C. (2021). Equitable substance use treatment for migrants and ethnic minorities: the entwinement of micro and meso barriers and facilitators. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, Advance online publication.*
- De Kock, C. (2022a). Equitable Substance Use Treatment for Migrants and Ethnic Minorities in Flanders, Belgium: Service Coordinator and Expert Perspectives. *Substance Abuse: Research and Treatment, 16,* 11782218221097390.
- De Kock, C. (2022b). *Responding to drug-related problems among migrants, refugees and ethnic minorities in Europe.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- De Kock, C., Blomme, E., & Antoine, J. (2020). Non-national clients in Belgian substance use treatment. *Drugs & Alcohol Today, 20*(2), 157-171.
- De Kock, C., Toyinbo, L., Laudens, F., Alexandre, S., Hensgens, P., Marscia, C., Leclercq, S., Janssens, S., Jacobs, D., & Decorte, T. (2020). *Migrants et minorités ethniques: Recueil sur l'accesibilité et l'interculturalité des services pour usagers de drogues / Wegwijzer voor een toegankelijke en interculturele drughulpverlening.* Gompel & Svacina.
- Dufau, M. (2020). *Le mésusage de la Prégabaline chez les toxicomanes.* (Publication Number 149) Université de Bordeaux]. Bordeaux.
- Elkholy, H., Tay Wee Teck, J., Arunogiri, S., Asaad, M. R., Baessler, F., Bhad, R., Borghi, E. N., Busse, A., Ekhtiari, H., & Dave, S. (2023). Substance Use Disorders Among Forcibly Displaced People: a Narrative Review. *Current Addiction Reports, 1*-12.
- EMCDDA, & De Kock, C. (2022). *Responding to drug-related problems among migrants, refugees and ethnic minorities in Europe. Background paper commissioned by EMCDDA.*
- EUAA & EMCDDA. (2023). *Professionals working in reception centres in Europe: an overview of drugrelated challenges and support needs.*
- Fedasil. (2018). *Kwetsbare personen met specifieke opvangnoden. Definitie, identificatie, zorg.*
- Greene, M. C., Haddad, S., Busse, A., Ezard, N., Ventevogel, P., Demis, L., Inoue, S., Gumm, J.-C., Campello, G., & Tol, W. A. (2021). Priorities for addressing substance use disorder in humanitarian settings. *Conflict and health, 15*(1), 1-10.
- Harris, S., Dykxhoorn, J., Hollander, A.-C., Dalman, C., & Kirkbride, J. B. (2019). Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS medicine, 16*(11).
- Kieseppä, V., Torniainen-Holm, M., Jokela, M., Suvisaari, J., Gissler, M., Markkula, N., & Lehti, V. (2020). Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55,* 487-496.
- Moens, K., & Husson, E. (2023). *Guidelines de pris en charge des jeunes isolés usagers de substances psychoactives.* Project Lama asbl.
- Servais, L., Huberland, V., & Richelle, L. (2023). Misuse of Pregabalin: a qualitative study from a patient's perspective. *Bmc Public Health, 23*(1), 1339.
- Stylianopoulos, P., Hertner, L., Heinz, A., Kluge, U., Schäfer, I., & Penka, S. (2023). Good Practice in Reaching and Treating Refugees in Addiction Care in Germany – A Delphi Study. *ResearchSquare.*
- Suijkerbuijk, H. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België.* Wolters Kluwer Belgium SA.
- Transit. (2022). Prégabaline - Etat des lieux en Région de Bruxelles-Capitale.
- van Dorp, M., Boon, A., Spijkerman, R., & Los, L. (2021). Substance use prevalence rates among migrant and native adolescents in Europe: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 40*(2), 325-339.
- van Selm, L., White, T. M., Picchio, C. A., Requena-Méndez, A., Busz, M., Bakker, I., Romero, D., Gayo, R. P., Pouille, A., & Vanderplasschen, W. (2023). Drug use and access to drug dependency services for vulnerable migrants who use drugs in the European Union: Consensus statements and recommendations from civil society experts in Europe. *International Journal of Drug Policy, 118,* 104087.
- WHO. (2022). *World report on the health of refugees and migrants.*
- WHO. (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care.* .