Rapport d'activité 2011

Appartenances.
Genève

Table des matières

Le mot de l'administratrice 1

Sous la main de l'autre 1

Qui sommes-nous? 2

Actualité 3

Les activités de prévention 4

Formations, interventions et recherches 6

Présentation du centre de soins 9

Thérapies de groupe 10

Interprètes communautaires 12

Statistiques cliniques 13

Expérience clinique 14

Comptes 2011 16

Nouvelles demandes de soins 18

Remerciements 18

Le mot de l'administratrice

Le 22 octobre 2008, M. Pierre-François Unger nous répondait «*Alors qu'une solution fédérale est recherchée pour que les médecins puissent faire appel à un-e interprète lorsque cela s'avère nécessaire et que les coûts soient couverts, une solution cantonale doit être trouvée pour garantir l'interprétariat communautaire en 2012, au cas où la solution fédérale ne serait pas encore disponible*» .

Alors que nous finissons l'année 2011 avec un déficit de Fr. 14'108.78 dû aux frais d'interprétariat, nous avons décidé de demander l'aide d'une parlementaire, Mme Esther Hartmann, pour en savoir plus sur l'avancement de ce dossier. La réponse, du 26 février 2012, de Pierre-François Unger, Président du Conseil d'Etat, est à nouveau très claire: «Un intérêt particulier devra également être porté à la question du financement de la prestation, pour garantir un accès aux services demandeurs nonobstant son coût» .

La reconnaissance de l'importance de l'interprétariat communautaire dans le processus d'intégration et de guérison des personnes migrantes ainsi que la promesse d'un financement cantonal sont une victoire sur le fond mais cela ne nous est d'aucune aide sur le plan comptable, vu que la mise en œuvre de cette politique publique ne devrait pas intervenir avant l'année 2014. La question pour notre association est maintenant la suivante: allons-nous pouvoir continuer à soigner nos patients allophones en 2012?

C'est le paradoxe que nous vivons depuis plusieurs années. Nous bénéficions d'une visibilité et d'une reconnaissance tant locale qu'internationale, mais le coût de la mise à disposition d'interprètes met un frein à notre volonté d'aider ceux pour qui nous avons initialement porté ce projet associatif.

La sortie du film *Sous la main de l'autre* en 2011 est emblématique de ce jeu d'ombre et de lumière. Notre travail a été mis en valeur par une équipe de réalisateurs belges, Vincent Detours et Dominique Henry. Co-produit par la RTS et Arte, ce film montre comment, avec l'appui d'interprètes communautaires, nous aidons des personnes fragilisées et parfois anéanties par des actes de torture. Ce sont pourtant ces mêmes personnes pour lesquelles nous devrons peut-être stopper des traitements si aucune solution financière n'est trouvée!

Anne Moratti
Administratrice

Sous la main de l'autre

Après quelques réunions préliminaires, plusieurs jours de prise de vue par mois, sur plusieurs années, donc des heures et des heures de matériel, nous avons eu le plaisir de découvrir le film de Vincent Detours et de Dominique Henry en 2011. Nous étions très curieux et attendions avec une légère anxiété le produit final. Nous n'avons pas été déçus, nous avons même été agréablement surpris par le regard tout en finesse que les réalisateurs posent sur notre travail au quotidien avec nos patients survivants de la torture. *Sous la main de l'autre* a réussi le double exploit de montrer les difficultés de la reconstruction des personnes ayant vécu la torture mais également le processus psychothérapeutique.

Sous la main de l'autre suit les psychothérapies de personnes encore habitées par des actes de torture. Nous les accompagnons dans la difficulté de mettre des mots, dans l'incompréhension de la cruauté subie, de la honte qui les submerge... Ne plus avoir mal, ne pas avoir peur de faire du mal à leur tour, ne pas devenir fou, être compris et reconnus – voilà les enjeux qui les animent. Lors de ce processus, resurgit le bourreau. Mais cette fois, sa vraie nature est révélée: celle d'un être humain ordinaire façonné méthodiquement comme tortionnaire par un système politique délibérément destructeur.

Ce film intéressera toute personne sensible au désordre mondial, à la détresse humaine, à la violence collective et à la psychothérapie. Il intéressera autant par ses aspects professionnels, comment survit-on à la torture, comment accompagner ces personnes que par ses aspects simplement humains.

«Ce documentaire et la démarche qui lui donne vie poursuivent le même but que notre clinique au sein d'Appartenances, celui de redonner à ces femmes et ces hommes migrants – victimes de torture, et dont on avait tenté de nier l'appartenance au genre humain – un corps, un regard et une parole» .

Philippe Conne
Psychologue Appartenances Vaud

Qui sommes-nous?

Une association à but non lucratif. Notre objectif est de promouvoir le développement de l'autonomie et de la qualité de vie des populations migrantes.

Appartenances-Genève s'engage pour la défense de l'accès aux soins des personnes migrantes et tout particulièrement des patient-e-s allophones.

Notre centre a ouvert ses portes en avril 1997 à partir d'une expérience similaire menée avec succès par Appartenances-Vaud, à Lausanne.

Au cours de l'année 2000, Appartenances-Genève s'est constituée en une association genevoise indépendante, mais inscrite dans un réseau en Suisse romande (Lausanne, Vevey, Yverdon) et Lyon.

Nos activités

Centre de soins

Le centre de soins propose des prises en charge thérapeutiques à des personnes présentant des difficultés d'ordre psychologique suite au processus de migration et aux vécus parfois traumatiques qui l'ont précédé. L'équipe est composée de psychologues et de psychiatres. Les suivis thérapeutiques sont individuels, de couple, familiaux ou groupaux et concernent aussi bien les enfants, les adolescents que les adultes.

Activités de prévention

Appartenances-Genève propose des programmes de prévention de l'exclusion, de la marginalisation et du délitement du lien social en favorisant le développement des ressources culturelles et communautaires des personnes migrantes.

Formation et recherche

En proposant des programmes de formation et de recherche, nous partcipons à une meilleure compréhension des difficultés liées à la migration, aux différences culturelles et aux traumatismes. Nous offrons également, à la demande, des supervisions dans les domaines de la migration et des violences collectives.

Le comité

Le comité d'Appartenances-Genève est composé de personnes issues du réseau social genevois. Ces personnalités sont sensibles aux questions de la migration, ayant à un titre ou à un autre une expérience pratique dans ce domaine.

Shirin Hatam, juriste à Pro Mente Sana, Suisse romande.

Riccardo Rodari, psychosociologue responsable de la formation au CEFOC (Institut d'Etudes sociales) de Genève.

François Rossier, Investment Manager at Impact Finance Management SA à Genève.

Alfonso Gomez, directeur adjoint du Conservatoire populaire de musique, danse et théâtre.

Francesca Suardi, psychologue, assistante-doctorante Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève.

Frédérique Bouthéon Artels, juriste au Centre social protestant de Genève.

Théogène Gakuba, adjoint scientifique à la Haute Ecole de travail social (HETS).

Christian Lopez, directeur de l'Oseo Genève.

Philippe Dufresne, psychologue.

Administration et coordination

Anne Moratti coordonne les activités de prévention de l'association et fait le lien entre l'équipe clinique et le comité. Elle gère l'administration générale, la recherche de fonds et les contacts avec le réseau, les médias et les autorités.

Actualité

Révision des procédures d'asile, argumentaire clinique

L'argumentaire discute la proposition de révision et d'accélération des procédures d'obtention du droit d'asile en Suisse. Le dispositif prévoit un examen médical psychiatrique dans les trois semaines suivant l'entrée du candidat en Suisse. Les conclusions de cette évaluation médicale seront considérées comme exhaustives et définitives en ce sens qu'aucun autre élément clinique nouveau ne pourra être admis ou ajouté par la suite au dossier concernant le droit d'asile.

Le demandeur d'asile en situation d'arrivée dans le pays d'accueil se trouve la plupart du temps dans une situation d'urgence où les mécanismes de survie font barrage à une investigation sérieuse d'un état psychopathologique complet. Il doit faire face à une adaptation importante et présente donc une vulnérabilité exceptionnelle durant laquelle un examen approfondi peut s'avérer impropre voire impossible.

En effet, les personnes qui nous arrivent ont souvent vécu une série d'expériences traumatiques à un niveau individuel et/ou collectif (persécution ethnique ou religieuse, séparations familiales, ruptures, disparition de proches, deuils, pertes matérielles, éclatement de la communauté, séjour dans des camps de réfugiés, voyage long et cher pour arriver en Europe…). Arrivées ici, espérant trouver accueil et refuge, elles subissent des interrogatoires, doivent faire des dépositions, sont traitées avec suspicion, logées dans des centres de détention, et leur parole est mise en doute par les autorités.

Cet état (réalité psychique) les empêche évidemment de formuler un récit cohérent et détaillé des exactions subies. Dans ce contexte, la prise en charge se doit d'être avant tout un accueil et un accompagnement psychologique et il ne peut en aucun cas s'agir d'établir un récit des événements traumatiques (réalité historique). Il s'avère cliniquement inutile voire retraumatisant de vouloir à ce moment-là parler du vécu d'un viol, d'une violence subie et encore moins de chercher à en avoir un récit détaillé, afin de ne pas faire revivre l'effraction subie à la victime.

Les personnes les plus traumatisées présentent rarement une symptomatologie telle que décrite dans les classifications nosographiques habituelles des troubles mentaux (CIM 10 et DSM IV) mais plutôt des tableaux de douleurs diffuses mal systématisées (maux de tête, du rachis, fatigue, insomnies…) et peu spécifiques d'un état de stress post-traumatique pour une personne non rompue à cet exercice évaluatif. Ce tableau «indifférencié» résulte de plusieurs déterminants:

- mise à distance des émotions potentiellement déstructurantes afin de mobiliser les ressources nécessaires à une survie physique et psychique avant l'arrivée en Suisse et encore à l'œuvre dans les trois semaines après l'arrivée, et probablement encore jusqu'à ce que leur situation soit vécue comme suffisamment stable et sécurisante pour risquer la «décongélation» (cf. théorie des deuils congelés de J.-C. Métraux, ref.1).

- manière «culturellement codée» d'exprimer une souffrance psychologique.

Ainsi la parole sur le vécu et les faits traumatiques ne se libère la plupart du temps qu'après une longue période d'alliance et d'élaboration avec le thérapeute. La peur, l'évitement, la honte, l'omerta familiale voire des risques de répudiation familiale peuvent ensuite également constituer d'importants obstacles à l'expression. Ce n'est souvent que lorsque le lien de confiance thérapeutique est établi, et que la personne a retrouvé un peu de sécurité au sujet de son avenir qu'elle peut se permettre d'aborder cet épisode douloureux qui a détruit à jamais ce qu'elle était auparavant.

Dans une étude menée récemment par l'équipe de recherche composée de Julia Mueller, Martina Schmidt, Andrea Staeheli et Thomas Maier du Département de psychiatrie de l'Hôpital universitaire de Zurich (2), une proportion importante de personnes déboutées souffrent de problèmes psychiatriques persistants et 50 % des cas déboutés présentaient un État de Stress Post-traumatique, soit une proportion égale aux cas admis à l'asile. D'autres études (3) parviennent aux mêmes conclusions.

Le dépistage précoce de l'état de stress post-traumatique n'est, en l'état des connaissances actuelles, pas possible. Ces situations cliniques peuvent souvent passer inaperçues lors d'un examen prématuré au moment de l'accueil en Suisse.

En conclusion, de notre point de notre point de vue de cliniciens, les dispositions pour accélérer les jugements sur une éventuelle psychopathologie présentée par les requérants d'asile répondent à une logique administrative d'efficacité dans le traitement des dossiers, mais ne sont souvent pas possible à réaliser, le fonctionnement psychologique pouvant présenter un autre rythme de dévoilement, plus lent et sinueux. Ainsi nous pensons que la nouvelle modification de la loi sur les demandes d'asile comporte des risques d'exclusion de situations relevant légitimement de l'asile et porte atteinte aux droits et à la protection des demandeurs d'asile. Elle peut aboutir à mettre en danger le statut de l'asile, hors d'atteinte de ceux qui devraient normalement pouvoir en bénéficier.

Réfférences

1. *Deuils collectifs et création sociale*. J.-C. Métraux, édition la Dispute, 2004.

2. «Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers». Julia Mueller, Martina Schmidt, Andrea Staeheli, Thomas Maier, Department of psychiatry, University Hospital Zurich. European Journal of Public Health, 2010; Vol. 21, No. 2, 184-189.

3. «The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war» Trauma and torture: a review. Johnson H, Thompson A. Clin PsycholRev 2008; 28:36–47.

Les activités de prévention

L'objectif de nos activités de prévention est de permettre à chacun-e de trouver les ressources culturelles et communautaires favorisant la promotion de la santé et la prévention des troubles psychiques. Elles visent également à prévenir l'exclusion, la marginalisation et le délitement du lien social, conséquences possibles du déracinement.

Enceinte à Genève

Dans les pays industrialisés, la préparation à la naissance est reconnue comme un outil favorisant la prévention durant la période périnatale. Pourtant, les femmes non francophones, démontrées plus à risque, n'y ont pas accès. Issu de la collaboration entre l'Arcade des sages-femmes et Appartenances-Genève, ce programme de préparation à la naissance veut pallier ce manque en s'adressant aux femmes enceintes allophones.

«Enceinte à Genève» propose quatre sessions par année. Chaque session compte cinq séances de 2h30 chacune avant la naissance et une séance qui réunit les mères et les bébés après l'accouchement.

Les séances sont animées par des sages-femmes et des interprètes médiatrices culturelles. L'objectif du programme est double: informer les femmes sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur le système de santé genevois, mais aussi contribuer à réduire leur isolement en les encourageant à développer leurs ressources personnelles familiales et communautaires ici à Genève.

Les cours s'adressent à toute femme migrante enceinte, quel que soit son statut légal. Les femmes peuvent venir accompagnées d'une amie, d'une parente et/ou de leurs enfants. Compte tenu de la grande diversité de statut, de confession et de parcours de vie des femmes qui fréquentent le cours, nous avons décidé de ne pas accueillir les hommes. Une séance spéciale en soirée leur est toutefois destinée.

En 2011, «Enceinte à Genève» a proposé quatre cycles de préparation à la naissance de six séances chacun qui ont accueilli quarante femmes, dont plus de la moitié était arrivée à Genève moins de 2 ans auparavant dans le cadre d'une demande d'asile, de regroupement familial ou encore pour accompagner leur mari étudiant. Cette année, les femmes érythréennes étaient particulièrement représentées. La participation des femmes sans statut légal en Suisse est aussi en augmentation. Quant aux voies d'adressage, si la majorité des demandes nous parviennent toujours par le biais de professionnels de la santé et du social, nous notons une augmentation du nombre des demandes venant directement des femmes ou de leur conjoint. Un signe que le programme commence à être connu.

Pendant l'année écoulée nous avons continué à développer l'axe du travail corporel ainsi que l'utilisation d'images pour aborder la question des émotions durant la grossesse et, partant, celle de la dépression du pré et post-partum. Ces activités sont accueillies très positivement par les femmes. Outre de leur fournir des outils concrets permettant détente et soulagement dans des moments de stress, elles permettent aussi au groupe de gagner en cohésion.

Finalement, nous avons aussi collaboré à la rédaction d'un article reprenant les données recueillies durant les cinq années précédentes et participé à l'étude en cours.

La thérapie communautaire

Depuis septembre 2005, un espace d'écoute, de parole et de lien se tient à Versoix. Située durant cinq ans à la Pelotière, cette expérience s'est poursuivie au Rado en 2011. Dans les deux cas, la réalisation a été possible grâce à la collaboration avec les travailleurs sociaux qui travaillent dans ces lieux. Les séances sont animées par une équipe, composée de Riccardo Rodari, psychologue, enseignant à la HETS-Genève et également membre du comité, et de deux psychologues d'Appartenances-Genève, Delphine Bercher et Nathalie Diaz-Marchand.

Nous sommes actuellement en réflexion afin d'impliquer d'autres structures dans la mise sur pied d'espaces de thérapie communautaire. Notre but est de toucher davantage de personnes de notre public cible, les migrants en difficulté. Cela implique que nos futurs partenaires aient une bonne capacité de mobilisation de ces personnes.

Le modèle d'intervention

La thérapie communautaire est une approche systémique et anthropologique conçue par le psychiatre

brésilien Adalberto Barreto dont le but est de faciliter la communication, stimuler le partage et l'entraide entre les participants. Ce modèle, très structuré et rigoureux, est systémique parce qu'il permet de faire le lien entre les difficultés individuelles et le contexte social dans lequel elles sont vécues. Les individus ne sont pas vus comme isolés mais comme membres d'un réseau relationnel, capable d'autorégulation, de progression et de croissance. Cette thérapie est intégrative parce qu'elle lutte contre l'isolement et l'exclusion, pour la diversité des cultures, des savoir-faire et des compétences.

La culture est vue comme une valeur et comme une ressource qui permet de multiplier les potentiels de croissance et les capacités à résoudre les problèmes sociaux. La thérapie communautaire est basée sur deux présupposés fondamentaux:

1. Même si elle l'ignore, toute personne possède en elle des ressources et des savoirs utiles aux autres, quelles que soient ses conditions sociales, économiques et sa culture.

2. Ces compétences se sont construites, le plus souvent, au travers de la lutte contre l'adversité.

Sur ces bases, les échanges sont résolument horizontaux, puisque ce qui est valorisé n'est pas la différence de statut économique ou universitaire, mais la variété des expériences de vie et, à ce niveau, chacun se retrouve à la même enseigne. Cela aide ceux qui vivent des situations difficiles à retrouver de l'estime de soi, ce qui est particulièrement important chez des personnes en souffrance car elles ont tendance à se centrer sur ce qui ne va pas et à se percevoir comme marquées par le manque de valeur et l'impuissance. La thérapie communautaire permet d'inverser cette tendance et de retrouver de l'espoir.

Déroulement d'une séance

Dans un espace ouvert à tous qui dure une heure et demie, le groupe des présents est engagé dans une dynamique de partage des savoirs acquis par chacun au travers de son expérience de vie. Les animateurs sont les garants d'un cadre sécurisant qui permet à ceux qui le souhaitent de s'ouvrir aux autres sans prendre de risque.

À partir d'une situation problème, choisie par le groupe parmi celles que des participants ont proposées, les animateurs encouragent les présents à puiser dans leur histoire de vie, à partir des résonances créées par la situation choisie. Les échanges qui s'ensuivent permettent la création de liens, chacun pouvant reconnaître chez l'autre des similitudes avec sa propre histoire. Le rôle des animateurs n'est pas de guider la séance, mais d'induire des modalités de questionnement qui permettent de mieux comprendre le vécu de l'autre et de développer l'empathie. Ainsi, chacun se sent entendu et accueilli. De cette manière, l'agent thérapeutique de la thérapie communautaire n'est pas le thérapeute mais le groupe.

Formations, interventions et recherches

Formations

En collaboration avec Appartenances-Vaud, nous proposons depuis 2009 diverses formations autour de questions liées à la migration et aux traumatismes. En 2011, trois cycles ont ainsi été mis sur pied.

Autour des traumatismes a pour objectifs l'étude des concepts de base liés aux traumatismes, des diverses approches thérapeutiques et des perspectives communautaires et psychosociales. Il est divisé en dix séances thématiques et deux supervisions de cas de deux heures, soit vingt-quatre heures de cours.

Entre école et élèves migrants: à la rencontre de l'autre? s'interroge sur l'échec scolaire, le conflit et les difficultés de communication rencontrés parfois entre école et familles migrantes. Il se répartit sur trois séances de trois heures chacune.

Islam et musulman-e-s en migration vise, dans un contexte actuel plutôt hostile à ces questions, à appréhender «l'islam européen» et ses rapports avec les mouvements migratoires, les constructions identitaires individuelles et collectives, ainsi que les rapports entre migrants et autochtones. Ce cours se subdivise en trois séances et est donné à deux reprises dans l'année, au printemps et en automne.

THÉMATIQUE	Nombre d'heures dispensées	Nombre de Participants	Nombre d'heures suivies
Autour des traumatismes	24	9	216
Entre école et élèves migrants: à la rencontre de l'autre?	6	9	54
Islam et musulman-e-s en migration	9	5	45

Stage en psychologie clinique

Nous proposons un stage d'une année à 50% pour un-e psychologue souhaitant effectuer le Master of Advanced Studies (MAS) en évaluation et intervention psychologiques.

Ce stage clinique permet aux jeunes psychologues de se former à diverses approches thérapeutiques, de bénéficier de supervisions, de participer aux réunions d'équipe et de prendre part à la vie de l'association. La supervision clinique est assurée par Irène de Santa Ana et Nathalie Diaz-Marchand. Dans le cadre du MAS, notre stagiaire doit mener un travail de recherche. Ce travail de recherche consiste en deux études de cas issues de notre clinique.

BIADI, V. (2011). *Evolution du sens de la cohérence au cours d'une psychothérapie interculturelle*. Mémoire de MAS en Evaluation et Intervention, Orientation clinique, FPSE, Université de Genève.

Interventions et formations dans le réseau

Réseau suisse d'experts en clinique transculturelle

Réseau de cliniciens travaillant avec des personnes migrantes en institutions publiques ou privées. Il a comme objectif de permettre aux différents professionnels de pouvoir échanger sur leurs pratiques avec les patients migrants.

HUG

Participation à la *Consultation transculturelle de la médecine communautaire* et discussion de cas clinique.

Participation au colloque transculturel: *Migration et addiction*.

Supervision de l'équipe de la *Consultation HIV de la médecine communautaire HUG* et discussion de cas clinique.

Université de Genève – FPSE

Accueil des étudiant-e-s, dans le cadre des Travaux Pratiques de Maîtrise universitaire de psychologie.

Participation au *Séminaire avancé du MAS. Evaluation et intervention en psychologie clinique*.

Université de Lausanne

Conférence de B. Goguikian Ratcliff, intitulée *Santé mentale des migrants et requérants d'asile* donnée dans le cadre du cours *Anthropologie médicale et de la santé,* prof. I. Rossi.

Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques de Lausanne (EESP)

Animation d'un cours *Représentations culturelles de l'enfance et pratiques éducatives parentales*.

Ecole de Psychomotricité de Genève (HETS)

Animation d'un cours *Transculturalité et migration*.

Présentation du groupe Femmes en mouvement dans le cadre d'une journée sur le thème *Mémoire du corps*.

Participation à un jury lors de la soutenance d'un travail de Bachelor *Mémoire du corps*.

Ecole des Assistant(e)s socio-éducatif(ve)s de Genève

Animation d'un cours intitulé: *Migrations et soins psychiatriques.*

Centre psychosocial pour toxicodépendants Le Torry (Fribourg)

Organisation d'un module *Migration et Addictions*, en collaboration avec Appartenances-Vaud.

Caritas Genève

Supervisions individuelles.

Sos Femmes - Les fringantes

Supervisions individuelles.

Participation à des Colloques, des congrès et des symposiums

XIIIe Congrès de l'Association pour la recherche interculturelle, 19 au 23 juin 2011 à l'Université de Sherbroke, Canada. *Devenir mère en terre étrangère: préoccupations maternelles, événements de vie stressants et préparation à l'accouchement*. Communication orale de F. Borel, B. Goguikian Ratcliff et F. Suardi dans le symposium *Femmes et familles en migration*.

Colloque *Traumatisme et exil*, organisé par le Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie médicale, Université de Bourgogne, Dijon, 20/10/2011. *Femmes victimes de viols de guerre: les enjeux de l'intervention clinique*. Conférence de F. Borel, B. Goguikian Ratcliff et F. Suardi.

Filiations, affiliations, adoptions, XIIIe congrès international de la revue *L'Autre* organisé par le Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 2 et 3 décembre 2011. *Transition à la parentalité et préparation à l'accouchement en situation migratoire*. Communication orale de F. Borel, B. Goguikian Ratcliff et F. Suardi dans l'atelier *Nouvelles parentalités*.
www.anthropoweb.com/Filiations-affiliations-adoptions_a379.html

XIIe journée du Collège Romand des Addictions (COROMA) Animation d'un atelier *Intervenir auprès de l'entourage des personnes migrantes* dans le cadre du colloque *Si loin, si proche: intervenir auprès de l'entourage en médecine de l'addiction*. (P. Sanchez-Mazas et Prof. I. Rossi).

Tables rondes, débats publics

Présentation du livre *La migration comme métaphore* de J.-C. Métraux, Librairie Albatros.

Participation à une table ronde dans le cadre du cycle de conférences *Repenser l'exil. Université ouvrière de Genève*.
http://exil-ciph.com/pages/ressources/genre/audio/cours/2011_04_14_audio.html

Échos dans les médias

Psychoscope, B. Goguikian Ratcliff et D. Bercher, *Migrants et réfugiés en consultation: quelles pratiques? Quelle éthique?* Août-septembre 2011, p. 16-19.

Atlas des minorités, B. Goguikian Ratcliff, *Les minorités : le point de vue de la psychologue*. Octobre 2011.

Le Courrier,
Dans le ventre d'une migrante à Genève et rubrique *Trois questions à B. Goguikian Ratcliff*, 28/02/2011.

Tribune de Genève,
Apprendre à accoucher sans barrières linguistique, 11/01/2011.

Travaux de recherche

La question de la création de dispositifs de soin ayant le souci de tenir compte des contextes économique, politique et culturel pour parvenir à une pratique clinique ajustée et efficace avec les populations migrantes est au cœur de nos travaux.

Recherche sur la formation des interprètes

En 2011, nous avons poursuivi l'étude de la contribution des interprètes aux aspects relationnels de la communication médicale, et leur rôle dans la création de l'alliance thérapeutique avec des patients non francophones.

Cette recherche se situe dans l'axe de la formation et de la professionnalisation du métier d'interprète communautaire, et de l'homogénéisation des normes de compétence au niveau national. En effet, les interprètes rémunérés ne sont pas toujours des interprètes professionnels. Il existe des différences majeures dans la qualité de la formation offerte et dans le niveau des compétences que possèdent les interprètes, même lorsqu'ils sont employés à ce titre. En collaboration avec Appartenances-Vaud et Se Comprendre-Fribourg, l'étude cherche à mieux connaître les effets de la formation des interprètes sur la perception de la collaboration entre cliniciens et interprètes.

Les premiers résultats montrent que parmi les professionnels interrogés, certains n'avaient aucune expérience du travail avec un interprète et n'avaient eux-mêmes jamais été formés à travailler avec un interprète. Ils n'avaient aucune consigne institutionnelle sur comment gérer cette situation inhabituelle dans leur pratique. Certains décrivent comment ils ont appris, sur le tas, à mettre à plat avec l'interprète la manière dont ils travaillent et leurs attentes avant l'entretien. Globalement, on peut dire que les professionnels étaient satisfaits, voire très satisfaits et déclarent que la présence de l'interprète a eu une influence positive sur la relation entre le clinicien et le patient. Grace à l'interprète, les migrants semblent plus détendus, plus à l'aise et ouverts. La présence de l'interprète est rassurante pour le migrant non francophone qui se sent entendu et mieux compris. Cela évite les malentendus et diminue la méfiance de part et d'autre.

En conclusion, on a l'impression que si les interprètes disposent d'une formation pour apprendre et élaborer leurs expériences, les professionnels ont trouvé l'occasion avec notre recherche de réfléchir à ce que signifie mener un entretien en trialogue et ont pris conscience de leur manque de formation dans ce domaine!

Recherche sur le programme de prévention «Enceinte à Genève»

Issu de la collaboration entre l'Arcade des sages-femmes et Appartenances-Genève, ce programme, démarré en 2006, offre une préparation à la naissance pour migrantes non francophones. Cette frange de la population est particulièrement à risque de présenter des complications au moment de l'accouchement et de développer une dépression anténatale ou une dépression postpartum, aux conséquences lourdes pour le développement ultérieur de l'enfant.

En effet, grossesse, accouchement, établissement des liens précoces mère-enfant et passage à la parentalité sont des transitions qui engendrent un profond bouleversement physique et psychologique chez la femme et dans le couple. Ce sont des moments où la femme enceinte bénéficie d'un suivi gynécologique, mais où dans d'autres cultures, elle est également très entourée par d'autres femmes qui accompagnent et soutiennent la grossesse.

«Enceinte à Genève» vise à combler un manque dans nos interventions en intégrant dans notre approche la composante culturelle et sociale: langues et représentations maternelles, manières d'accoucher et de penser les bébés ici et de par le monde.

C'est la raison pour laquelle «Enceinte à Genève» se déroule en groupe multiculturel où les propos des sages-femmes sont relayés par des interprètes communautaires assises aux côtés des femmes pour lesquelles elles traduisent.

L'année 2011 a été l'occasion de dresser le bilan des cinq premières années d'exercice, et de diffuser les premiers constats liés à la santé reproductive des migrantes avec la participation de l'Unité de psychologie clinique interculturelle de l'Université de Genève. En voici quelques éléments:

- Le programme s'est bien implanté à Genève et a connu un succès grandissant. Le nombre de participantes s'est multiplié par cinq en 5 ans, passant de 9 participantes en 2006 à 45 en 2010.

- La provenance des participantes est très diversifiée. Le programme a fonctionné en 24 langues différentes dont l'arabe, l'albanais, l'espagnol, le tigrigna et le kurde.

- L'origine sociale des participantes est également très hétérogène. 40% proviennent de milieux ruraux très reculés ou de milieux socioculturels très défavorisés et présentent un niveau d'éducation très bas. La mixité sociale n'a jamais posé problème dans le groupe, au contraire elle s'est avérée être un bon levier. En effet, il n'est pas rare que des femmes analphabètes, souvent déjà mères, vivent leur grossesse de façon plus «naturelle» que d'autres plus instruites. Elles manifestent moins d'anxiété et rassurent les autres.

- La majorité des femmes attendait son premier bébé et accédait donc au statut de mère en terre étrangère.

- Un quart des femmes accouchait pour la première fois à Genève mais avait déjà eu un ou plusieurs enfants avant son arrivée en Suisse.

- La grande majorité des participantes résidait en Suisse depuis moins de 5 ans, et plus de la moitié vivait en Suisse depuis moins de 2 ans.

- Plus de la moitié des participantes disposait d'un statut légal précaire, entrées en Suisse en tant que demandeuses d'asile ou clandestinement.

- Plus du tiers des femmes vivait en foyer pour requérants d'asile.

Difficultés et complications observées

Deux tiers des participantes ont présenté des complications (médicales, psychologiques, sociales) liées à la grossesse et à l'accouchement. Nos analyses indiquent que les femmes avec un statut légal précaire connaissent plus de complications que celles avec un statut légal non précaire. Ce résultat souligne l'importance des facteurs sociaux dans la santé reproductive des migrantes.

Ce premier bilan demande à être précisé et s'avère assez inquiétant. La question de l'identification précoce des femmes à risque et la mise en place d'un suivi périnatal prolongé intégrant les dimensions médicale, psychologique, culturelle et sociale font partie des développements futurs que nous souhaitons donner à ce programme.

Pour plus d'informations

B. Goguikian Ratcliff, F. Borel, F. Suardi & A. Sharapova, (2011). *Devenir mère en terre étrangère.* Cahiers de la puéricultrice, 252, pages 26-29. Téléchargeable sur notre site: http://www.appartenances-ge.ch/recherche

Présentation du centre de soins

Psychothérapies pour migrants

Notre centre de soins offre une prise en charge psychothérapeutique et de soutien aux personnes migrantes.

La migration, volontaire ou forcée, entraîne des pertes multiples – matérielles, affectives et sociales – et implique des remaniements des projets de vie et des repères identitaires. Elle questionne également les aspects de transmission, d'éducation des enfants dans un nouveau contexte culturel.

De plus, nombre de personnes qui s'adressent à nous ont été exposées avant leur arrivée en Suisse à des événements traumatiques générés par des guerres, des conflits inter-ethniques, communautaires ou sociaux.

À ces événements s'ajoutent des conditions de vie souvent difficiles – logement collectif, incertitudes quant aux autorisations de séjour faisant barrage au sentiment de sécurité, pouvoir économique limité, degré de formation insuffisant ou non reconnu – qui forment un contexte de vie précaire constitué de stress multiples et pathogènes.

Médiation culturelle

Confrontés aux limites de l'universalité de nos catégories et modèles théoriques, nous sommes amenés à développer des prises en charge compréhensibles par nos patients et auxquelles ils puissent adhérer. Cela concerne d'une part la langue de communication, puisque nous privilégions le recours à des interprètes communautaires chaque fois que cela s'avère nécessaire. D'autre part, il s'agit surtout de pouvoir construire un projet thérapeutique commun, tenant compte à la fois de nos connaissances en tant que professionnels mais également des éléments personnels, culturels, sociaux ou politiques qui font sens pour nos patients.

Approche thérapeutique

Au niveau thérapeutique, plusieurs approches sont représentées dans notre équipe: systémique, psychanalytique, thérapie narrative, rogérienne, ethnopsychiatrique, hypnothérapeutique, approches corporelles, cognitivo-comportementale (TCC). Nous considérons cette diversité comme un enrichissement au service de l'approche clinique interculturelle qui est notre référence commune. Ainsi les principes fondamentaux auxquels nous adhérons sont notre souci de décentration, d'efficacité thérapeutique et d'engagement éthique et politique auprès des patients.

Membres de l'équipe clinique

À la fin de l'année 2011, l'équipe clinique d'Appartenances-Genève se compose de trois psychiatres et de six psychologues, représentant un total de cinq postes à plein temps, ainsi que d'une stagiaire psychologue à 50%. Ils sont soutenus dans leur travail par une secrétaire médicale à 50%. Les séances de thérapie individuelle ou groupale sont remboursées par les assurances maladie. Cependant, les colloques hebdomadaires ainsi que les activités de coordination et récolte de données statistiques sont bénévoles et représentent un peu plus de mille heures de travail par année pour l'ensemble de l'équipe clinique.

Les langues parlées par les thérapeutes de l'équipe clinique sont le français, l'espagnol, l'italien, l'anglais et l'arabe.

Delphine Bercher, psychologue
Nathalie Diaz-Marchand, psychologue
Serges Djapo-Yogwa, psychiatre
Betty Goguikian Ratcliff, psychologue
Géraldine Hatt, psychologue
Philippe Klein, psychologue
Pablo Sanchez-Mazas, psychiatre
Irène de Santa Ana, psychologue
Olivier Strasser, psychiatre

Stagiaires psychologues

Véronique Biadi
Cléa Gurtner

Secrétariat de l'équipe clinique

Catherine Megale

De gauche à droite et de haut en bas: Olivier Strasser, Nathalie Diaz-Marchand, Irene De Santa Ana, Pablo Sanchez-Mazas, Delphine Bercher, Catherine Megale, Anne Moratti , Géraldine Hatt, Philippe Klein, Betty Goguikian Ratcliff, Serges Djapo Yogwa.

Thérapies de groupe

Notre centre de soins a développé des approches groupales en lien avec les difficultés de nos patients. Les liens avec le monde d'origine et le monde de la société d'accueil font partie des principales préoccupations de nos patients. Les groupes thérapeutiques permettent de mettre en jeu ces différents liens dans leur dynamique relationnelle et ouvrent ainsi à de nouvelles expériences intersubjectives créatrices de sens.

Nous avons actuellement quatre groupes thérapeutiques: le groupe Chrysalide (hommes de plus de trente ans d'origines culturelles diverses traversant des difficultés d'insertion sociale), le groupe de Femmes albanaises ainsi que les groupes Femmes en mouvement et Hommes en mouvement.

Femmes albanaises

Ce groupe, constitué de six femmes albanaises du Kosovo, a débuté en 2004. Il se réunit une fois par mois pendant trois heures. Les violences collectives qu'ont vécues ces femmes les ont malmenées dans le lien d'appartenance à leur collectivité. L'objectif de ce groupe protégé est d'aborder cette souffrance, souvent tenue sous silence, et de créer de nouvelles perspectives en lien avec leur enveloppe communautaire.

Les ressources communautaires sont d'emblée présentes dans le groupe et ré-interprétables dans le lien avec les autres. De cette manière, la créativité nécessaire à la construction de projets d'avenir peut à nouveau émerger, renouant avec le plaisir à partager, éloignant la sidération post-traumatique et la honte.

Les séances sont animées par trois psychologues, Delphine Bercher, Irène de Santa Ana et Ariel Sanzana ainsi que Mme Nesibe Makolli, interprète-médiatrice culturelle.

En 2011, la revue *L'Autre* a publié un article sur le dispositif groupal pour soigner les femmes victimes de traumatismes psychiques: «Traumatisme psychique chez des femmes en exil: un dispositif de soin groupal» , Claudia Derderian Maeder, Betty Goguikian Ratcliff, Revue *L'Autre*, 2011, Vol. 12, no 3, p. 327-340

Chrysalide

Le groupe Chrysalide est constitué d'hommes migrants de plus de 30 ans ayant au moins des notions de français pour pouvoir mener des discussions en groupe.

L'hypothèse à la base de la création du groupe Chrysalide est qu'un groupe multiculturel de personnes traversant un moment de crise dans leur existence est un bon catalyseur à la mutation imposée par la migration.

Il crée un cadre de confiance et de sérénité, essentiel pour nommer les différences entre le pays d'accueil et le pays d'origine. Il aide à la socialisation en rompant l'isolement ainsi qu'à l'intégration du nouveau référentiel culturel et facilite l'accès aux soins.

Les séances sont animées par deux psychiatres, Serges Djapo et Pablo Sanchez-Mazas, ainsi que la stagiaire clinique (Véronique Biadi 2010/2011, Cléa Gurtner 2011/2012).

Femmes en mouvement

Ce groupe s'adresse à des femmes migrantes parlant français et bénéficiant d'un suivi psychothérapeutique à Appartenances, pour lesquelles un travail sur le corps semblait indiqué. Il est animé par une psychomotricienne, Claire Le Bas, et une psychologue d'Appartenances, Nathalie Diaz-Marchand.

Ce groupe a débuté en septembre 2009 et s'est terminé, dans sa forme initiale, en décembre de cette année, pour des raisons professionnelles et pratiques de l'animatrice psychomotricienne. Toutefois, des contacts sont déjà pris avec d'autres professionnels qui travaillent dans ce domaine pour reconduire le groupe. En effet, tant du côté des participantes que de celui des thérapeutes, l'envie, voire la nécessité de poursuivre l'expérience, semble évidente. Nous avons pu voir une évolution tout à fait intéressante durant ces deux années.

À travers l'organisation des séances de groupe et les activités proposées, nous avons tenté de permettre aux dames de vivre leur corps autrement qu'uniquement à travers la douleur, de se réapproprier des repères dans leur propre fonctionnement corporel, de se reconnaître des compétences et de s'enraciner dans l'ici et maintenant.

Notre objectif était de leur permettre d'essayer de graver des expériences de vécu corporel positif sur le corps propre, à travers l'expérience du groupe et un travail de mobilité et de conscience corporelles.

Toutefois, il a fallu du temps pour parvenir peu à peu à ce but fixé. En effet, la problématique des douleurs, la multitude de plaintes et la lourdeur de l'atmosphère étaient très importantes au départ. Chaque activité proposée, chaque geste initié suscitait grimaces, douleurs, plaintes, fatigue, arrêt, retrait, vertiges… Le travail centré sur l'attention aux sensations corporelles provoquait également des arrêts, des vertiges voire des sensations désagréables. Par moment, nous étions presque à l'opposé de ce que nous cherchions à leur faire vivre corporellement. Être en mouvement semblait leur rappeler encore plus intensément leurs douleurs au lieu de leur permettre de faire l'expérience d'une sensation agréable à inscrire dans la mémoire du corps.

Toutefois, peu à peu, grâce à la répétition, les participantes sont devenues plus précises dans leurs gestes et plus attentives au sens des activités, à ce qu'elles pouvaient sentir ou au comment elles devaient bouger, plutôt qu'à leurs douleurs ou aux sensations bizarres. Il y a eu comme un nouveau rapport à leur corps qui a commencé à s'établir dans le sens d'une meilleure perception allant au-delà d'un corps uniquement douloureux. Le rapport dichotomique entre avoir mal ou ne pas avoir mal a petit à petit pu être dépassé et certaines femmes

ont pu exprimer de mieux en mieux leurs ressentis. Nous avons constaté une réelle évolution et un enrichissement dans le rapport à soi qui s'est inscrit durablement malgré les difficultés qui sont restées présentes dans la mobilisation corporelle et l'élaboration du vécu. Le plaisir était présent et l'atmosphère est devenue beaucoup plus légère.

Exemple de séance: les dames participent du début à la fin sans s'arrêter. Les grimaces de douleurs, les plaintes verbales, les soupirs, sont toujours là, mais s'atténuent en cours de route. Elles se souviennent de certains mouvements déjà pratiqués dans le groupe. Elles rigolent de leurs déséquilibres, de leurs «ratés» et des nôtres aussi. Alors que nous faisons des mouvements de rotation des épaules, une dame se souvient de ses entraînements de volley. Elle nous raconte et nous montre d'autres gestes. Les autres racontent et montrent aussi ce qu'elles connaissent d'un sport ou d'exercices de fitness vus à la télévision.

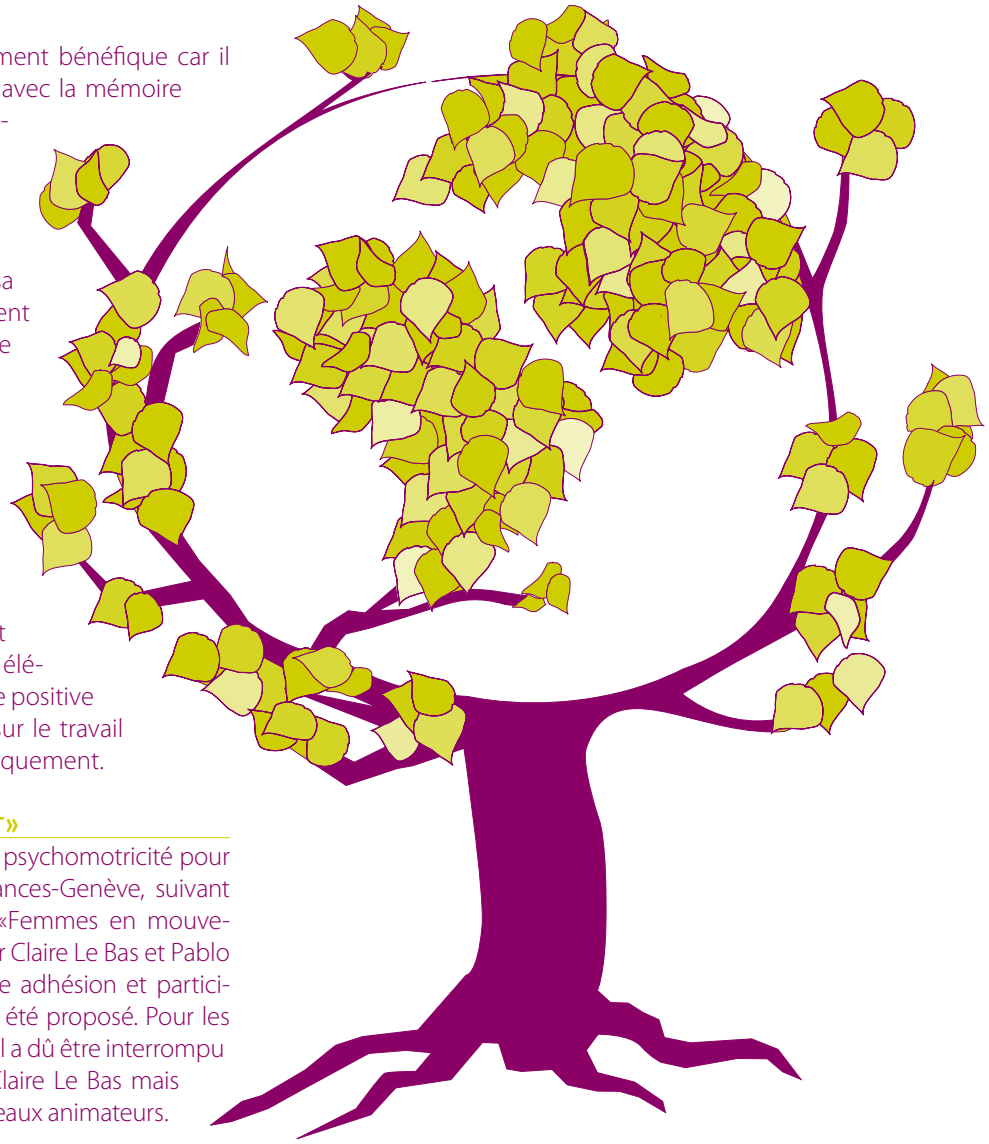
Libéré en partie du poids des douleurs et entraîné dans la redécouverte de ses possibilités, dans le mouvement et dans la variété de ses ressentis, le corps a pu se souvenir. L'espace s'est ouvert à l'expression corporelle. Cette ouverture a donné accès à d'autres sensations corporelles permettant l'émergence de toutes sortes de souvenirs associés: souvenirs heureux, souvenirs difficiles, souvenirs d'enfance, etc.

Au détour d'une activité, à travers un objet, une musique, un mouvement du corps, etc., les jeux de l'enfance par exemple ont pu surgir, accompagnés, l'espace d'un moment, de l'envie de jouer, d'explorer et d'essayer.

Séance 12: des gros ballons sont sortis pour l'activité de groupe. Entre deux activités, une des femmes est assise dessus et essaye tout d'un coup de sauter comme sur un ballon sauteur. Elle raconte qu'elle faisait cela étant enfant, et qu'elle jouait au foot aussi. Nous interrogeons les autres et évoquons chacune à notre tour les jeux de billes, de cordes à sauter, de lance-pierres, etc. Pour réussir à bien nous comprendre, nous mimons. La même dame a envie ensuite de monter debout sur le ballon.

Le jeu a été une expérience extrêmement bénéfique car il ouvre et favorise l'accès pour renouer avec la mémoire du corps, les traces corporelles favorables à la capacité de se sentir, se dire, d'agir sur le monde, à la capacité d'être soi. «C'est en jouant et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi.» (Winnicott)

Ce travail à deux voix, psychomotricienne et psychologue, a permis de réunir dans le cadre de ce groupe «corps et esprit», trop souvent séparés. À travers les activités proposées, le corps a retrouvé des sensations agréables, et la pensée de même. Il s'est opéré une sorte de libération. Un autre élément intéressant à relever est l'influence positive de ce travail psychocorporel groupal sur le travail psychothérapique individuel, et réciproquement.



Groupe «Hommes en mouvement»

Le dernier trimestre 2011, un groupe de psychomotricité pour les hommes a vu le jour à Appartenances-Genève, suivant les mêmes modalités que le groupe «Femmes en mouvement». Ce groupe, également animé par Claire Le Bas et Pablo Sanchez-Mazas, a rencontré une bonne adhésion et participation active des patients auxquels il a été proposé. Pour les mêmes raisons que le groupe Femmes, il a dû être interrompu avec regrets, en raison du départ de Claire Le Bas mais devrait être repris en 2012 avec de nouveaux animateurs.

Interprètes communautaires

Afin d'améliorer la communication et la compréhension réciproque entre soignants et patients, Appartenances soutient l'accès aux soins dans la langue maternelle des patient-e-s. Cela permet non seulement d'accéder plus facilement au vécu émotionnel du patient, mais aussi de situer ses difficultés dans un contexte économique, politique, religieux, social, culturel plus large. En effet, nous sommes persuadés que ces facteurs ont une incidence sur la santé mentale de nos patients. L'interprète est bien placé pour nous ouvrir les yeux sur ces dimensions souvent passées sous silence. À défaut d'une telle démarche, on risque de procéder de manière réductrice et ethnocentrée, aboutissant à des erreurs diagnostiques et à des impasses thérapeutiques.

Depuis notre création, nous défendons le droit aux soins pour les patient-e-s allophones (ne parlant pas la langue du lieu de résidence). Dans la mesure de nos ressources financières, nous faisons appel à des interprètes communautaires encadrés par la Croix-Rouge. En 2011, plus de 140 personnes ont bénéficié des services d'un-e interprète, lors des activités cliniques et de prévention.

Bien qu'à Genève la question du financement ne soit pas encore tranchée à ce jour, le besoin d'interpètes fait l'unanimité dans les instances officielles, nationales et internationales, chargées de promouvoir les politiques de santé publique. En Suisse, l'OFSP soutient l'accès à l'interprétariat communautaire. Par ailleurs, l'OMS a inscrit l'égalité d'accès à la santé parmi ses objectifs centraux.

Si vous désirez plus d'information sur l'interprétariat communautaire, les bases légales et les politiques de financement en la matière ainsi que les recherches et études faites sur ce sujet, vous pouvez consulter les sites suivants:

http://www.inter-pret.ch/fr/linterpretariat-communautaire.html
http://www.appartenances.ch/Intermedia_Assises.html
http://www.appartenances-ge.ch/interpretariat

Statistiques cliniques

En 2011, nous avons accueilli 110 nouvelles personnes en consultation. Avec nos patients déjà en cours de suivi, notre cohorte globale correspond à 335 personnes, ce qui correspond à 4'686 consultations.

L'analyse des données statistiques de notre cohorte globale montre une situation en grande partie comparable à celles de ces deux dernières années.

En raison de la persistance des obstacles que nous rencontrons pour financer les heures d'interprétariat, nous avons été contraints, cette année encore, de refuser plusieurs demandes de prise en charge de personnes allophones, adressées par nos partenaires. Depuis 2008, ces contraintes linguistiques transforment les caractéristiques de notre population consultante. Actuellement, 29% de notre population consultante bénéficie d'un suivi avec la présence d'un interprète. Ce pourcentage est en constante diminution (38% en 2010, 53% en 2007).

L'origine de nos patients, la durée du séjour en Suisse et les conditions de précarité au niveau du statut administratif (permis de séjour) sont le reflet de notre impossibilité de pouvoir offrir davantage de soins dans les langues maternelles à des personnes en quête de soins psychologiques.

Les personnes que nous recevons proviennent de plus en plus de régions francophones, notamment de pays d'Afrique, au détriment de régions non francophones comme l'Europe de l'Est. Le pourcentage de nos patients originaire d'ex-Yougoslavie reste néanmoins important en raison de la chronicité des troubles et, donc, de la durée des traitements. (fig.1)

L'exigence de pouvoir s'exprimer en français pour bénéficier d'une prise en charge psychologique aboutit au fait que nous voyons des patients dont la durée de séjour en Suisse est nettement plus importante qu'auparavant. 41% de notre population consultante vit en Suisse depuis plus de 10 ans et seuls 8% sont arrivés depuis 1 ou 2 ans. Nous soignons par conséquent davantage de séquelles tardives de traumatisme, ainsi que des difficultés liés aux processus migratoires et d'intégration. En revanche, nous ne pouvons plus intervenir de manière précoce pour soigner les états de stress divers, souvent présents chez des personnes arrivées récemment. (fig. 2)

Une autre conséquence de la modification des caractéristiques de notre cohorte globale est le recul du nombre de personnes ne bénéficiant pas d'un statut légal stable. Actuellement 73% de nos patients sont en possession d'un permis B, C ou de la nationalité suisse. (fig. 3)

En ce qui concerne la prise en charge des personnes ayant subi des violences collectives, selon les critères définis par l'ONU, leur nombre, en 2011, reste stable (21%). Cela reflète notre volonté et persistance à maintenir cette offre en raison de notre spécialisation.

En conclusion nous constatons que les statistiques concernant les âges (fig. 4), les voies d'adressage (fig. 5) et le sexe (femmes 64%, hommes 36%), sont globalement stables d'année en année. La tendance relevée dans le texte ci-dessus (moins de primo-arrivants, situation administrative plus stable, davantage de patients provenant de régions francophones) continue à s'accentuer et est imputable à la limitation des nouvelles prises en charge nécessitant un interprète.

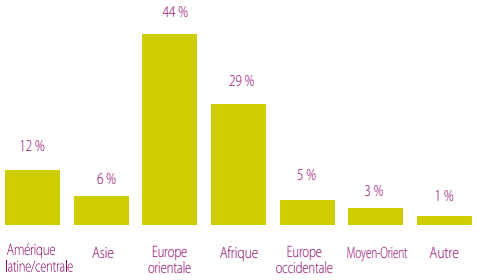


Fig. 1 : Continent d'origine

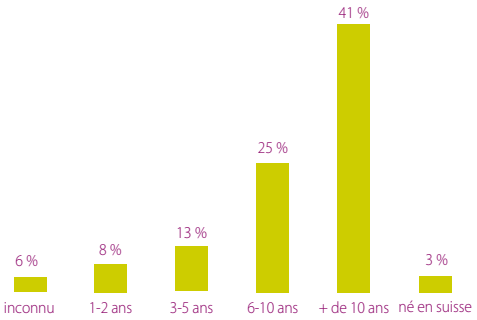


Fig. 2 : Durée de séjour

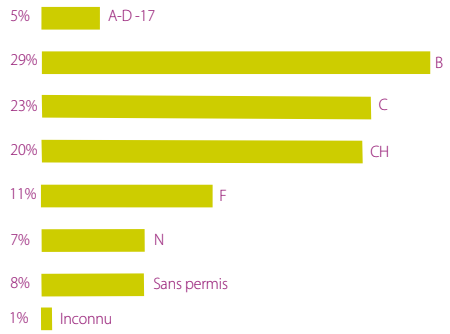


Fig. 3 : Permis de séjour

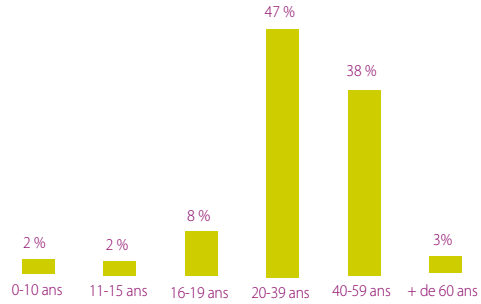


Fig. 4 : Âge de nos patients

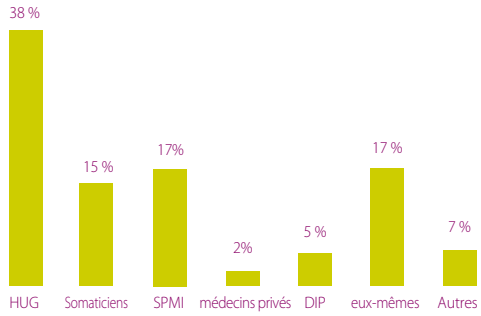


Fig. 5 : Voie d'adressage

Expérience clinique

Mineurs non accompagnés

Qui sont les MNA (mineurs non accompagnés)? Derrière cette appellation nous retrouvons l'ensemble des mineurs qui, arrivant sans la présence d'un adulte de leur famille, déposent une demande d'asile. Certains ont été envoyés par leur parents, d'autres sont orphelins ou sans nouvelles des leurs. À leur arrivée en Suisse, ils sont attribués à un canton selon une clé de répartition fédérale qui ne tient pas compte des langues parlées, ni de la présence d'éventuels membres de la famille. Arrivés à Genève, un tuteur leur est attribué auprès du SPMI (Service de protection des mineurs). Avant l'âge de 16 ans, une solution de logement en foyer éducatif ou en famille d'accueil est recherchée. À partir de 16 ans, ils sont logés en foyer pour requérants d'asile.

Derrière cette description de leur accueil, se cache une réalité bien plus sombre qui n'a pas cessé de se dégrader au cours de ces dernières années. Au durcissement sur l'obtention de l'asile, sont venues s'ajouter des pressions économiques de la Confédération sur les cantons, économies qui se sont répercutées directement sur l'encadrement des demandeurs d'asile. En l'espace d'une décennie, l'encadrement des MNA est passé d'une structure de type foyer éducatif avec un encadrement des jeunes par une équipe éducative à la disparition pure et simple du foyer et de l'encadrement. Actuellement, les MNA de plus de 16 ans sont logés dans une aile d'un foyer pour requérants d'asile adultes. En matière d'encadrement, ils ont le même suivi social que les autres requérants, sans approche spécifique pour les questions propres à leur âge. La nuit et le week-end, ils sont encadrés par des agents de sécurité privés qui appliquent chacun leurs règles. À cela s'ajoutent la violence, le bruit, la présence de drogues et d'alcool.

Sur le plan scolaire, nous savons tous que l'école est un levier important comme lieu de contact avec la société d'accueil ainsi qu'un lieu de socialisation, encadré par des adultes, dans lequel les jeunes peuvent rejouer les enjeux propres à leur âge. Arrivant en fin de scolarité obligatoire et ne maîtrisant souvent pas encore bien le français, les MNA se retrouvent dans des structures prévues pour les élèves en grande difficulté scolaire. Lorsqu'ils sont demandeurs d'asile l'accès à une formation par l'apprentissage d'un métier est difficile en raison de leur statut, les patrons hésitant à s'engager avec des jeunes dont la durée de séjour en Suisse est incertaine.

Pour résumer, on peut dire que les MNA sont des jeunes qui évoluent dans un milieu carencé à plusieurs niveaux essentiels à leur développement. Que ce soit leur logement, leurs conditions de scolarité, leur socialisation, leurs perspectives d'avenir, partout le manque se fait sentir. Mais c'est surtout le manque d'adultes de référence qui fait cruellement défaut. Les MNA sont ainsi laissés à eux-mêmes, au risque de se faire entraîner sur les pentes glissantes mais parfois séduisantes de la consommation de drogue, de la vente de stupéfiants, de la petite délinquance ou de la violence.

Du côté des professionnels de la santé, les réactions à cette absence d'encadrement oscillent entre une envie d'agir pour réparer, et une autre posture dans laquelle il y a démission du souci de savoir « *qui s'occupe de quoi en se disant qu'il doit bien y avoir quelqu'un qui le fait déjà* ». Le risque pour le psychothérapeute est alors d'adopter soit le rôle correspondant à celui d'un assistant social soit de ne se soucier que de ce qui apparaît en thérapie, oubliant de se préoccuper des conditions de vie du jeune et de son environnement social.

Les MNA que nous rencontrons sont avant tout des adolescents. Ils traversent cette période qui commence avec l'émergence de la puberté et se prolonge jusqu'à l'acquisition d'une certaine autonomie, sinon de l'indépendance. Sur un plan psychologique, l'adolescence est caractérisée par le remaniement des images identitaires et cela en fonction du codage culturel auquel l'adolescent appartient. Les jeunes que nous suivons se retrouvent, généralement de manière forcée, en rupture avec leur enveloppe culturelle d'origine. Souvent, ils n'ont pas vécu que cette rupture là, mais des traumatismes et des pertes importantes avant leur départ du pays (guerres, conflits sociaux) qui ont atteint leur organisation psychique existante. Ils souffrent très clairement d'un syndrome de stress post-traumatique et cherchent par des mécanismes d'évitement, ou de clivage, à mettre à distance tout ce qui peut réactiver, de près ou de loin, leurs traumatismes.

Dans un environnement où le risque carentiel est très présent, nous pensons qu'il est primordial pour nous de travailler avec le réseau afin de nous assurer que leurs besoins sont pris en compte. Selon notre expérience, c'est seulement à cette condition que le travail thérapeutique peut prendre forme et sens.

Ana est une jeune congolaise de 17 ans, venue en Suisse il y a un an pour raisons de santé. Six mois avant sa venue en Suisse, dans un contexte traumatique, elle a perdu la trace de ses parents, dont elle n'a toujours pas de nouvelles aujourd'hui. Elle doit suivre un traitement médicamenteux très lourd et a de nombreux rendez-vous à l'hôpital. En raison de ce traitement, par chance pourrait-on penser, elle est insérée dans un foyer pour jeunes tout près de l'hôpital. Malheureusement, les professionnels qui s'occupent d'elle n'ont pas connaissance des spécificités de sa situation de mineure non accompagnée. Quand elle arrive en thérapie chez nous, nous nous rendons compte des préoccupations qu'elle a par rapport à sa famille. Nous cherchons alors avec difficulté, dans un premier temps, à ce que sa tutrice mette en place une recherche concernant sa famille par le biais de la Croix-Rouge Internationale. Ces difficultés sont en lien avec le fait que c'est la première fois que cette tutrice travaille avec un mineur non-accompagné. Finalement cette recherche peut se mettre en place, elle est en cours actuellement. Ana doit ensuite changer de foyer, changement qu'elle perçoit positivement car il s'agit de passer à un

foyer qui favorise l'accès à l'autonomie, ce qu'elle souhaite. La semaine qui précède le passage au nouveau foyer et celles qui le suivent sont accompagnées par de multiples insomnies. Toute son attention est captée par le fait que les structures sociales n'ont pas payé les deux ou trois mois de garantie nécessaires à l'accès à sa nouvelle chambre. Cette question, réveillant des préoccupations légitimes, devra être résolue avant de pouvoir aborder sur un plan thérapeutique les traumatismes du passé en lien avec la séparation de sa famille.

Les mineurs non accompagnés, plus que d'autres adolescents, nous amènent à faire des allers-retours entre la thérapie et leur réalité sociale. Nous sommes confrontés à des jeunes plongés dans leur passé où le traumatisme psychique est au premier plan, ou à des jeunes sur-adaptés à notre mode de vie occidental dans lequel l'accès au monde des racines est difficile. Dans les deux cas, le clivage est au premier plan et ils peinent à se remettre à leur tâche adolescente de remaniement identitaire, nécessaire à l'accession au monde adulte.

Le thérapeute doit chercher à ouvrir ces deux mondes de l'adolescent, le monde d'ici et le monde des racines. Le travail thérapeutique doit viser à rétablir ou à maintenir la continuité psychique du jeune. Nous pensons que c'est dans le jeu de la relation thérapeutique que ce clivage peut être diminué.

Durant les six premiers mois de sa psychothérapie, Ana s'est présentée comme «une jeune de chez nous», se plaignant des heures de rentrée au foyer, de ne pas avoir assez d'argent pour faire du shopping, comme beaucoup d'autres adolescents de son âge et parlant de ses désirs d'indépendance. Elle ne donne alors que peu accès à son monde d'origine. D'une part, à cause des traumatismes de son histoire dont elle n'a que très peu parlé jusqu'à maintenant, d'autre part, parce qu'insérée dans un milieu pour jeunes adolescents d'ici, elle désire légitimement leur ressembler. Suite à une semaine de vacances de son thérapeute, elle lui demande ce qu'elle a fait. Le thérapeute lui parle de sa lecture actuelle, le roman d'un auteur de son pays qu'il avait acheté en pensant à elle et à son monde d'origine. Il y est question d'enfants sorciers. Ana ouvre alors le monde de ses racines à leur relation. Elle lui dit que cette question des enfants sorciers est compliquée dans son pays, que beaucoup d'enfants jugés comme tels sont abandonnés ou maltraités. Elle élargit aux sorciers de manière plus générale. Le thérapeute lui demande si elle-même croit aux questions de la sorcellerie, elle répond, dans un premier temps, «avant oui, quand j'étais au pays, mais maintenant non». Puis poursuit en disant que ses parents se disputaient pour savoir à qui imputer la maladie dont elle souffrait, ils se renvoyaient la balle en accusant la famille de l'autre de sorcellerie. Elle raconte qu'elle a également été régulièrement voir les guérisseurs qui lui prodiguaient des traitements afin de traiter sa maladie. Ici, tout doucement, dans l'espace thérapeutique, mondes d'hier et d'aujourd'hui se réinsèrent dans une continuité.

Pour conclure, voici quelques pistes qui nous semblent importantes d'aborder dans notre travail psychothérapeutique avec les migrants, mais d'autant plus cruciales avec les mineurs non accompagnés qui se retrouvent à une étape charnière de leur développement.

Premièrement, il est très important de bien les entourer afin qu'ils puissent développer un sentiment de sécurité. C'est le premier pas pour que puisse se réactualiser un sentiment de continuité. Inversement, les conditions de vie précaires sont un frein à la reconstruction identitaire. Cela passe par des choses simples comme se soucier des aspects concrets de leur vie, en coordination avec les autres professionnels: contacts téléphoniques, rencontres à plusieurs autour du jeune afin de se coordonner et de donner un minimum de cohésion ainsi qu'une présence rassurante et encadrante. Ces liens doivent être suffisamment bien tissés, en sachant ce que chacun fait de son côté, pour pouvoir à la fois être sûr que rien n'est oublié, ni que «chacun y va de sa propre cuisine». Cette cohésion permet aussi de contenir les éventuelles «attaques du cadre» de la part du jeune.

Deuxièmement, il y a un travail à faire autour du sentiment de continuité identitaire. Pour cela, nous suivons le jeune dans ses nouvelles constructions identitaires, ici et dans sa vie actuelle, et nous convoquons en séance des éléments de sa vie passée et des aspects importants de son monde d'origine. Ainsi, au travers de ces contenus culturels il peut prendre une posture d'expert vis-à-vis de nous, tout en reliant intérieurement ces deux espaces temps souvent imperméables l'un à l'autre. Le travail thérapeutique doit, d'une part, viser à rétablir ou maintenir une continuité des contenants culturels en tant que lieu d'insertion du psychisme par les contenus culturels abordés dans le cours de la thérapie. D'autre part, nous devons veiller à ne pas laisser de côté le monde d'aujourd'hui. Par ailleurs, c'est aussi par ce travail de va-et-vient entre passé et présent que l'étau traumatique peut commencer à se desserrer et les pertes à s'élaborer.

Troisièmement, la proximité relationnelle ainsi que l'intérêt sincère que l'on porte à ces jeunes et à leur vécu dans les rencontres psychothérapeutiques sont primordiaux à la reconstruction de leur estime de soi. En l'absence de leurs familles, cette relation de confiance et de reconnaissance avec un adulte les aide à construire leur identité.

Philippe Klein,
Irène de Santa Ana

Comptes 2011

BILAN AU 31 DÉCEMBRE 2011

BILAN 2011 - ACTIF		2011		2010
Liquidités				
Caisse	78.05		488.65	
CCP	18'983.76	**19'061.81**	72'663.51	**73'152.16**
Autres créances				
Débiteurs divers	0.00		0.00	
Actifs transitoires	7'617.75	**7'617.75**	1'312.00	**1'312.00**
TOTAL ACTIF CIRCULANT		**26'679.56**		**74'464.16**
Immobilisations financières				
Dépôts de garantie		**11'715.75**		**14'182.40**
Immobilisations corporelles nettes				
Travaux locaux	22'687.15		22'687.15	
Fonds d'amortissement	- 22'687.15		- 17'027.15	
Équipement informatique	10'273.40		8'622.00	
Fonds d'amortissement	- 8'089.00		- 5'216.00	
Équipement de télécommunications	10'527.59		11'281.96	
Fonds d'amortissement	- 7'507.96		- 4'497.20	
Mobilier	2'578.75		2'578.75	
Fonds d'amortissement	- 1'284.65	**6'498.13**	- 814.45	**17'615.06**
TOTAL ACTIF IMMOBILISÉ		**18'213.88**		**31'797.46**
TOTAL DE L'ACTIF		**44'893.44**		**106'261.62**

BILAN 2011 - PASSIF		2011		2010
Dettes d'exploitation				
Créanciers	10'068.25		24'303.60	
Fournisseurs et transitoires	4'102.20		3'600.00	
Dons reçus d'avance	0.00	**14'170.45**	12'000.00	**39'903.80**
Autres dettes à court terme				
Subvention à restituer	3'225.11		0.00	
Provisions à court terme	36'618.95	**39'844.06**	58'145.00	**58'145.00**
TOTAL FONDS ÉTRANGERS		**54'014.51**		**98'048.80**
Fonds propres				
Capital	- 5'225.15		- 2'367.85	
Bénéfice/Perte de l'exercice	- 14'108.78	**- 9'121.07**	10'580.67	**8'212.82**
Part subvention non dépensée	10'212.86		0.00	
TOTAL DE FONDS PROPRES		**- 9'121.07**		**8'212.82**
TOTAL DU PASSIF		**44'893.44**		**106'261.62**

COMPTE DE PERTES ET PROFITS 2011

PRODUITS D'EXPLOITATION	2011	2010
Frais refacturés au centre de soins	95'741.50	92'108.00
Produits divers	57.98	715.36
Intérêts bancaires créanciers	82.85	124.80
Subventions et donations	151'400.00	195'350.00
Cotisations des membres	1'750.00	2'130.00
TOTAL PRODUITS D'EXPLOITATION	**24'9032.33**	**29'0428.16**

CHARGES D'EXPLOITATION	2011	2010
Salaires et charges sociales	86'999.23	84'483.45
Honoraires psychologues	0.00	1'350.00
Honoraires professionnels	4'542.00	5'268.00
Interprètes	102'444.52	98'057.50
Formation	1'000.00	1'000.00
Loyers et charges locatives	52'559.00	52'106.05
Amortissement	12'768.33	9'860.50
Frais administratifs	24'354.08	27'633.99
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION	**284'667.16**	**279'759.49**

HORS EXPLOITATION ET EXTRAORDINAIRE	2011	2010
Charges extraordinaires	0.00	- 88.00
Dissolution fonds affectés à la prévention	21'526.05	0.00
BENEFICE/(PERTE) DE L'EXERCICE	**- 14'108.78**	**10'580.67**

Expertises comptables et fiscales
Gestion et organisation d'entreprises
Expert-comptable diplômé - Membre de la Chambre suisse des experts-comptables

info@fmassengest.ch
www.massengest.ch

Christian Masson
15 rue du Jeu de l'Arc
1207 Genève
BP 6048 1211 Genève 6

Tél.: 022 707 65 65
Fax: 022 707 65 60
Natel: 079 281 44 08

N° TVA : 548 631

Rapport de l'organe de révision à l'assemblée générale de l'association APPARTENANCES – Genève

En notre qualité d'organe de révision, nous avons contrôlé les comptes annuels (bilan, compte de profits et pertes et annexe) de l'association APPARTENANCES – Genève pour l'exercice 2011 arrêté au 31 décembre 2011. L'exercice précédant a été révisé par la fiduciaire « Wanda Salès Rozmuski »

La responsabilité de l'établissement des comptes annuels incombe au Comité alors que notre mission consiste à contrôler ces comptes. Nous attestons que nous remplissons les exigences légales d'agrément et d'indépendance.

Notre contrôle a été effectué selon la Norme suisse relative au contrôle restreint. Cette norme requiert de planifier et de réaliser le contrôle de manière telle que des anomalies significatives dans les comptes annuels puissent être constatées. Un contrôle restreint englobe principalement des auditions, des opérations de contrôle analytiques ainsi que des vérifications détaillées appropriées des documents disponibles dans l'entreprise contrôlée. En revanche, des vérifications des flux d'exploitation et du système de contrôle interne ainsi que des auditions et autres opérations de contrôle destinées à détecter des fraudes ne font pas partie de ce contrôle.

Lors de notre contrôle, nous n'avons pas rencontré d'élément nous permettant de conclure que les comptes annuels ainsi que la proposition concernant l'emploi du bénéfice ne sont pas conformes à la loi et aux statuts.

Nous attirons votre attention sur le fait que la présentation des capitaux propres a été pour cet exercice appliquée selon courrier du 20 janvier 2012 du Service du contrôle interne de la République et Canton de Genève. Cette présentation demandée ne permettant pas de faire le lien avec l'exercice précédent, une explication détaillée a été apportée dans les Notes.

Genève, le 16 mars 2012

Christian MASSON - expert-comptable diplômé agréé

Annexes :
Comptes annuels comprenant :
- bilan au 31 décembre 2011 d'un total actif de CHF 44'893.44
- compte de profits et pertes présentant une perte de CHF 14'108.78
- comparatif budgétaire 2011
- annexe aux comptes annuels
- répartition du résultat

ASSOCIATION APPARTENANCES - Genève

Annexe aux comptes annuels de l'exercice clos le 31 décembre 2011

1. ACTIFS DE LA SOCIETE ENGAGES

	31.12.2011 CHF	31.12.2010 CHF
Montant global des actifs mis en gage ou cédés pour garantir des engagements de la société et des actifs sous réserve de propriété :	11'715.75	14'182.40

2. ASSURANCE INCENDIE DES IMMOBILISATIONS

Valeurs d'assurance-incendie des immobilisations corporelles :	60'000.00	60'000.00

3. PRINCIPES COMPTABLES

a. Tenue comptable et évaluations
Les comptes annuels de l'Association Appartenances ont été établis conformément aux dispositions du Code des obligations.

b. Amortissements
Les amortissements ont été calculés selon la méthode linéaire et répartis sur la durée d'utilisation de l'immobilisation.

	Durée d'utilité	%
Travaux locaux	4 ans	25%
Matériels informatiques	3 ans	34%
Equipement de télécommunications	5 ans	20%
Mobilier	5 ans	20%

c. Provision pour prévention
Les fonds de la ville de Genève affectés à la prévention ont été dissoutes à hauteur des frais de prévention 2011 plus une partie du salaire administration calculée selon une estimation du temps consacré au projet. L'impact sur la réduction de la perte de l'exercice est de CHF 21'526.05.

4. SUBVENTIONS ET DONS

	31.12.2011 CHF	31.12.2010 CHF
Subvention Canton de Genève	95'000.00	95'000.00
Subvention Canton de Genève BIE projet Versoix	0.00	1'350.00
Subvention ONU	15'000.00	22'000.00
Subvention Ville de Genève	10'000.00	0.00
Total des Subventions	**120'000.00**	**118'350.00**
Dons des Communes	13'400.00	17'500.00
Don de la Loterie romande	0.00	25'000.00
Dons divers	18'000.00	19'500.00
Total des Dons	**31'400.00**	**62'000.00**

Nouvelles demandes de soins, quand et comment nous contacter?

Permanence téléphonique

Mardi et jeudi de 9h00 à 12h00
Tél. : 022 781 02 05

En dehors de ces heures, vous pouvez laisser un message sur notre répondeur, envoyer un fax au 022 781 02 13 ou envoyer un e-mail à appartenances@appartenances-ge.ch

Enceinte à Genève, comment s'inscrire?

Auprès des deux sages-femmes coordinatrices du projet:
Fabienne Borel: 078 866 91 77
Odile Evéquoz: 079 636 60 63

Vous pouvez également télécharger notre formulaire d'inscription et notre flyer sur notre site et le faxer au 022 320 55 24
http://appartenances-ge.ch/prevention/enceinte-a-geneve

Devenir membre?

Tél. : 022 781 02 05
Fax: 022 781 02 13

e-mail: anne.moratti@appartenances-ge.ch
La cotisation est de 50.- par an.
Cotisation de soutien 100.- par an.

Faire un don?

CCP 60-355174-8

Sauf demande spécifique de votre part, les dons sont principalement dévolus à la mise à disposition d'interprètes communautaires pour les séances de thérapies individuelles ou groupales et pour le projet de prévention «Enceinte à Genève» .

Remerciements

L'État de Genève a soutenu nos activités par l'attribution d'une subvention. Qu'il en soit ici chaleureusement remercié. De même, nous remercions l'ONU pour un don, renouvelé cette année, en faveur des victimes des violences organisées. Nous remercions également les personnes et institutions qui nous ont fait des dons anonymes.

Les communes et villes de Bardonnex, Bernex, Carouge, Collonge-Bellerive, Genève, Laconnex, Lancy, Meyrin, Onex, Plan-les-Ouates, Pregny-Chambésy, Versoix, Vernier sont également chaleureusement remerciées pour leurs dons. Nous sommes très heureux de constater que les communes genevoises sont chaque année plus généreuses.

Enfin, nous souhaitons également exprimer toute notre reconnaissance aux personnes et aux institutions qui nous ont soutenus et encouragés au cours de notre développement, à ceux qui nous ont sollicités et qui ont partagé avec nous les plaisirs, mais aussi les interrogations et les doutes que suscite le travail auprès des familles migrantes.

Notre reconnaissance et notre admiration vont tout particulièrement aux interprètes communautaires qui ont collaboré avec nous en 2011, et dont le travail, si précieux et si remarquable, est encore insuffisamment reconnu et valorisé. Merci à toutes et tous.

United Nations Human Rights
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS

AVEC · LE · SOUTIEN · DE · LA · VILLE · DE · GENÈVE

REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
POST TENEBRAS LUX