

# Pluriels

**CENTRE DE CONSULTATIONS  
ET D'ETUDES ETHNOPSICHOLOGIQUES  
POUR MIGRANTS**

\*\*\*\*\*

## **Rapport d'Activité 2003**

\*\*\*\*\*

### **TABLE DES MATIERES**

INTRODUCTION.....	7
I. ACTIVITES CLINIQUES .....	8
I.1 Les consultations ethnopsychologiques .....	8
I.1.1 Aperçu théorique .....	8
I.1.2 L'équipe.....	8
I.1.3 Population .....	9
a) Régions d'origine.....	9
b) Personnes .....	10
I.1.4 Consultations .....	14
a) Langues de consultation.....	14
b) Motifs de consultations.....	15
c) Répartition des heures .....	18
d) Résultats.....	18
I.2 Autres activités liées à la clinique.....	19
I.2.1 Recherche .....	19
I.2.2 Publications .....	19
I.2.3 Supervisions.....	20
I.2.4 Réunions d'équipe .....	20
a) Rencontres.....	20
b) Réunions d'équipe clinique.....	20
II. ANTENNE <i>Plusiels</i> A MEYRIN .....	21
II.1 Activités cliniques .....	21
II.2 Activités psychosociales.....	21
II.2.1 Réseau Meyrin.....	21
II.3 Activités générales de <i>Plusiels</i> à Meyrin : résumé.....	22
III. ACTIVITES PSYCHOSOCIALES .....	24
III.1 Le psychosocial en ethnopsychologie .....	24
III.1.1 Introduction .....	24
III.1.2 Nos activités en 2003 .....	24
III.1.3 Réseaux .....	25
a) Réseau Meyrin .....	26
b) Groupe ressources.....	26
c) Réseau Université- <i>Plusiels</i> .....	26
d) Réseaux Libellules et Palettes.....	26
f) Groupe santé-migrants.....	26
g) BIRD (Bureau d'Intégration des Réfugiés pour Demain .....	27
h) ARFIS (Association romande femmes immigrées et santé) .....	27
III.2 Droits humains .....	28
III.2.1 Projet EPER .....	28
III.2.2 Défense du droit d'asile .....	28
III.2.3 CORSAM.....	28
III.2.4 Prix Femmes Exilées 2003.....	28
III.3. Nos partenaires en 2003 .....	29
III.4 Formations .....	30
III.4.1 Formations données .....	30
III.4.2 Formations reçues .....	30
IV. PERMANENCES .....	31

## LES REMERCIEMENTS DU PRESIDENT

Notre association a maintenu son soutien aux initiatives visant à la réalisation éthique de ses buts, essentiellement en faveur de la promotion des Droits Humains dans le domaine de nos compétences à savoir, la clinique en santé mentale et la prévention. La croissance des activités de *Plusiels* s'est poursuivie en 2003 en dépassant nos espérances, mais aussi nos possibilités. C'est ainsi qu'elles se sont vues, tant au plan clinique qu'au plan psychosocial, augmentées de 61% en 2003 par rapport à l'année précédente. En réalité, nous avons connu une année atypique où les demandes de consultations ont littéralement explosé en particulier entre les mois de mai et d'octobre.

La spécificité du travail de *Plusiels* auprès des migrants de tous horizons, se reflète dans la gamme, la continuité et la qualité des services offerts. Par ailleurs, nous poursuivons nos activités de sensibilisation mais aussi d'appui effectif aux professionnels travaillant auprès des migrants. Nous sommes devenus pour une majorité d'entre eux, une ressource précieuse et nous nous en réjouissons. Tout ceci n'aurait pu être réalisé sans l'aide inestimable que nous avons reçue. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance et notre gratitude aux personnes et institutions suivantes :

Le Grand Conseil du Canton et de la République de Genève qui a manifesté son soutien à notre démarche en votant le projet de loi 8587, que nous espérons voir reconduire pour la période 2005-2007 ; monsieur Pierre-François Unger, Président du Département de l'Action Sociale et de la Santé, monsieur Eric Etienne, Directeur adjoint, monsieur Dominique Ritter, Directeur du service financier, ainsi que l'ensemble du Département, grâce à qui nous pouvons fournir nos prestations à toutes les personnes migrantes quel que soit leur statut ; monsieur Manuel Tornare, Chef du Département municipal des affaires sociales, des écoles et de l'environnement de la Ville de Genève, et monsieur Philippe Aegerter, Directeur, ainsi que le Conseil Municipal de la Ville de Genève, qui nous ont accordé une subvention.

Nous remercions le Canton et la Ville de Genève, pour leur geste de compréhension et de générosité face à la situation difficile de cette fin d'année 2003 ;

la Loterie Romande qui, grâce au solde de la somme allouée en 1999, finance l'intégralité de notre recherche qui est proche de sa conclusion ;

la Commune de Meyrin, avec laquelle nous collaborons étroitement depuis 1998, qui a rendu en grande partie possible par sa subvention, l'ouverture de notre antenne de la rue de la Prulay (Centre artisanal de Meyrin) ;

les Communes de Meyrin, Chêne-Bougeries, Carouge, Vernier, Bardonnex et Meinier ainsi que des particuliers, amis et membres de *Plusiels*, qui ont répondu présent à l'urgence de notre appel d'aide lancé à la fin du mois d'octobre 2003. Egalement merci à Caritas-Genève et à son directeur, monsieur Vito Angellilo pour son généreux soutien.

Grâce à eux, nous avons pu couvrir nos frais essentiels à la fin de l'année.

Nous comptons également parmi nos amis :

Monsieur Michel de Preux, toujours aussi disponible pour les questions comptables surtout en cette fin d'année de turbulences ;

la doctoresse Xanthoula Dalakaki, psychiatre, pour son travail volontaire auprès de l'équipe clinique, ainsi que le docteur Alain Charpiot, consultant volontaire et membre actif de l'équipe clinique ;

Madame Colette Simonet, psychologue, qui supervise avec tant de finesse, de sensibilité et de pertinence notre équipe clinique et qui continue à partager son savoir avec nous ;

Monsieur Dario Ciprut, pour sa disponibilité et ses compétences en ce qui concerne notre système informatique.

Nous tenons également à remercier nos traductrices et traducteurs interculturels grâce à qui des portes nouvelles nous sont ouvertes sur ces mondes très différents dans la rencontre thérapeutes-migrants.

En cette année de grands changements, nous tenons à remercier de leur engagement inconditionnel, mesdames Marie-Andrée Ciprut et Jeannine de Haller, co-fondatrices qui ont participé au développement clinique et social de *Pluriels* en déployant sans compter énergie et créativité, madame Franca Ongarelli Loup qui nous a rejoint dès 1996. Pilier de l'activité sociale à Genève, elle a apporté à *Pluriels* sa sensibilité et son savoir-faire dans un domaine complémentaire à la clinique et indispensable à la question de la migration.

Nous remercions également le travail volontaire et l'apport amené à notre équipe clinique par la doctresse Renate Hauser qui nous a accompagnés ces trois dernières années.

A ces collègues et amies que nous regrettons déjà, nous souhaitons un avenir plein de succès.

Nous sommes par ailleurs, très heureux d'accueillir, monsieur Ricardo Caronni, suisse de retour de l'étranger, psychologue, psychothérapeute FSP, venu renforcer notre équipe clinique avec son large savoir et ses expériences acquises dans d'autres contrées. Nous accueillons également très chaleureusement les nouveaux membres du comité de l'association *Pluriels* et nous espérons qu'ils trouveront auprès de nous, l'enthousiasme et la motivation qui nous aident à avancer.

Enfin, en tant que nouveau président, je voudrais très chaleureusement remercier mon prédécesseur, maître François Membrez qui a représenté *Pluriels* et défendu ses intérêts pendant quatre ans. Que tous les membres du **comité** et de **l'équipe clinique**, tous les collaborateurs permanents ou ponctuels de l'association trouvent ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour leur professionnalisme et leur engagement inlassable.

Bertrand COTTET

## RESUME

*Pluriels* a été d'abord le fruit d'une longue réflexion et d'études sur la situation des migrants à Genève dont le concept fondateur a pris corps fin 1994. L'association a été créée officiellement le 17 juillet 1995 par une poignée de précurseurs dans un domaine quasi inexistant à l'époque, à Genève. Notre but était de créer un centre de consultations ethnopsychologiques pour les personnes venues d'autres horizons ou issues de cultures différentes, afin de leur offrir un lieu thérapeutique d'écoute, de conseil et les aider à retrouver le fil de l'histoire de leur vie, parfois brutalement interrompu par leur migration.

Conjointement à nos activités cliniques, nous avons participé dès le début à plusieurs réseaux centrés sur la santé mentale des migrants. Cette perspective psychosociale s'est concrétisée dans l'idée du travail en réseau et de la collaboration interdisciplinaire que nous pratiquons inlassablement depuis 1996.

Par ailleurs, dans le cadre des objectifs de l'association *Pluriels* concernant la défense et la promotion des droits humains, nous avons participé, par des conférences, par notre engagement actif ou par des formations, à divers projets, colloques et réunions. Dans ce sens, nos objectifs ont été de sensibiliser les autorités, les Genevois mais surtout les professionnels au travail spécifique avec les migrants et d'améliorer de façon générale, les relations entre nous tous, dans un canton fortement multiculturel.

### Activités cliniques et psychosociales

En 2003, nous avons reçu des personnes de 60 nationalités différentes et de 6 régions en conflit ou issues de conflits, dont 45% sont d'origine hispanophone. **Il est à signaler que 25% de la totalité des personnes venues consulter sont issues de la migration forcée et 75%, de la migration volontaire.** Ceci représente 295 prises en charge (310 personnes) de personnes seules, de couples et de familles, totalisant 1824 heures de **consultations** (sans compter les 99 heures de consultations généreusement offertes par nos collègues psychiatres) et 813 heures d'activités **psychosociales** directement liées à la clinique. 176 prises en charge (soit 60%) se sont déroulées en langue étrangère, mais nous n'avons fait appel à des interprètes que pour une partie d'entre elles, puisque les membres de notre équipe clinique parlent couramment diverses langues.

Des **réalisations** importantes se sont poursuivies cette année : grâce à l'appui financier et logistique de la Commune de **Meyrin**, nous avons pu recevoir les habitants de la commune, deux demi-journées par semaine (pour un total de 290 heures ; 31 heures avec des interprètes), dans notre **antenne** située au Centre artisanal, rue de la Prulay, 2bis. Nous avons également entamé une réflexion puis une recherche, actuellement en cours, sur la relation famille-école ou plus précisément enseignants-famille dans le cadre des écoles primaires de la Commune de Meyrin, avec un sous-groupe du Réseau Meyrin dirigé par l'inspectrice des écoles primaires, Madame Danielle Jeanrenaud-Dokic.

D'autre part, en partenariat avec Caritas-Genève, **BIRD**-Bureau d'Intégration des Réfugiés pour Demain a pris en charge en 2003, l'accompagnement pour l'intégration professionnelle de 80 réfugiés statutaires dont 31 femmes et 49 hommes. Par ailleurs, nous avons maintenu nos activités en **réseau**, avec le Groupe Ressources, le Réseau Meyrin et le Groupe Santé Migrants. Nous avons également réactivé, dès le deuxième semestre, nos activités avec le Bureau de l'Intégration des Etrangers du Canton de Genève avec qui nous collaborons activement pour la création d'une nouvelle plateforme emploi-intégration dans le canton.

Nous avons poursuivi notre activité de **recherche** sur le thème « MIGRATION, BLESSURE PSYCHIQUE ET SOMATISATION ». Parallèlement, notre équipe est intervenue à Genève et ailleurs pour donner des

**cours**, des **conférences**, ou animer des **ateliers**. Ses membres ont également suivi des **formations**, participé à divers **congrès** et rédigé plusieurs **articles** dans différentes revues nationales.

Les heures de **consultations** ont passé de 1058 en 2002 à 1824 heures en 2003, soit **un accroissement notable de 72%**.

Quant aux **activités psychosociales**, elles ont passé en 2003 à 813 heures. En 2002 ce total s'élevait à 579 heures, ce qui correspond à une augmentation de 40%.

Ces chiffres englobent aussi les heures de consultations et les activités psychosociales de notre antenne de Meyrin mais ne comprennent pas les heures de consultations volontaires des psychiatres travaillant avec nous car ces heures ne sont pas budgétées.

### **Permanences**

Le nombre **d'appels téléphoniques** reçus et effectués lors de nos permanences a quelque peu augmenté, avec un total de 1813 communications représentant une **progression de 16%** par rapport à 2002. Le nombre d'heures effectives consacrées aux **permanences** s'est maintenu en 2003.

**La progression de l'ensemble de nos activités entre 2002 et 2003 est de 37% bien au-delà des 11% d'augmentation que nous avons connus entre 2001 et 2002 !**

## INTRODUCTION

A *Plusiels*, depuis 1995, nous sommes conscients de la complexité et du double caractère singulier et collectif du changement - parfois soudain et massif - dans les moments marquants et dans la dynamique de la migration. C'est avec cette ouverture d'esprit que nous rencontrons les personnes qui viennent consulter, dans le respect et la solidarité humaine ; cela commence par notre accueil qui se veut chaleureux et informel. Il « détermine » les conditions particulières du cadre ethnopsychologique c'est-à-dire en premier lieu le fait que thérapeute et patient se retrouvent comme des experts (au même niveau) de savoirs différents qui se rejoignent.

Nous essayons toujours d'avoir des relations - dans la reconnaissance et le respect de nos différences et de nos limites - où le travail en collaboration avec l'Autre (lui, chez lui et ici, nous, eux, moi, les présents et les absents) constitue un élément structurant du cadre et du contrat thérapeutique.

Même s'il est évident pour nous que *la migration n'est pas en soi un facteur de pathologie*, nous ne pouvons ignorer que les conditions d'accueil – le contexte – jouent un rôle non négligeable dans le domaine de la santé des migrants qui, à Genève, représentent environ 38,7% de la population.

Nous rêvons, en outre, **d'une société où l'immigré n'aurait pas toujours à montrer « patte blanche », où il ne serait pas contraint de franchir constamment les obstacles dressés sur sa route, mais où il serait accueilli de manière plus souple.** Cette condition ne pourrait que faciliter son adaptation en Suisse, voire son intégration, terme qui suppose l'échange respectueux de deux cultures, de deux modes de penser et de vivre dont la société d'accueil ne pourrait que bénéficier. Dans ce sens, nous vivons une époque très dynamique dans notre pays, où des courants sociaux et politiques de différentes sensibilités divergent autour de la question de la migration. Il existe un éventail de pensées qui vont de la plus récalcitrante xénophobie aux plus ardentes positions démocrates et humanistes.

# I. ACTIVITES CLINIQUES

## I.1. LES CONSULTATIONS ETHNOPSICHOLOGIQUES

### I.1.1. Aperçu théorique

Nous partageons l'idée que la personnalité et l'identité se façonnent à travers l'histoire des liens parentaux et bio-socio-culturels des individus. C'est le « pattern-familia » et les « apprentissages » qui déterminent les stratégies que chaque sujet social, familial et individuel met en acte vers l'intérieur et l'extérieur de lui, dans les différents moments et situations de sa vie. Cela devient particulièrement évident lors de la consultation « psy ».

Dans le cadre d'une consultation typique d'un soignant et d'un soigné issus de la même culture, on présuppose un partage des codes culturels et des connaissances mutuelles, conscientes et inconscientes qui théoriquement, faciliterait la démarche thérapeutique. Ce n'est pas le cas dans la majorité des rencontres thérapeutiques à *Pluriels*.

Ce que nous appelons le positionnement ethnopsychologique se veut une écoute « multi-versale », pour reprendre le terme de Maturana, au lieu d'une attitude uni-verselle c'est-à-dire une attitude unique, celle du thérapeute-indigène, comme modèle exclusif de compréhension et d'intervention thérapeutique. Dans les situations présentées à *Pluriels*, nous tenons compte de l'histoire amenée par le patient et des stratégies de résolution qu'il a mises en place tout au long de sa vie jusqu'au moment du changement dû à la migration. Se trouvant sous la pression d'un nouveau milieu socio-culturel, les stratégies autrefois efficaces s'avèrent dorénavant souvent inadéquates.

Nous essayons de comprendre cette logique de la pensée et de l'émotion (car il est question de systèmes de représentation différents) c'est-à-dire la façon de résoudre les tensions internes et externes auxquelles le migrant fait appel dans les moments critiques qui précèdent la consultation. Dans cette perspective, nos thérapeutes deviennent implicitement « les connaisseurs des systèmes de représentation de la société d'accueil » : il s'agit pour eux d'essayer de mettre à jour un double registre perceptivo-compréhensif propre à la situation présentée, dont ils devront faire part à leur tour au patient.

Cette « découverte », désormais partagée, s'installera graduellement dans la relation thérapeutique. Nous aurons donc une double circulation des systèmes de valeurs et de stratégies, qui tiendront compte des singularités du patient d'une part et de l'autre, de la réalité du contexte ainsi que des changements à accomplir pour s'intégrer dans une culture qui n'est pas la sienne. Le thérapeute et le patient parcourront d'un commun accord ce bout de chemin ensemble, dont les étapes seront périodiquement « renégociées ». Bien entendu le but final est de résoudre ensemble, la plainte qui l'a emmené à la consultation.

### I.1.2. L'équipe

L'équipe pluriculturelle de *Pluriels* est composée en 2003, de 6 psychologues permanents, 3 médecins-psychiatres volontaires et une travailleuse sociale. Les médecins-psychiatres collaborent avec nous à raison de quelques heures par semaine avec un horaire variable.

Plusieurs changements sont intervenus au cours de l'année. D'une part notre collègue travailleuse sociale et notre responsable clinique ont diminué graduellement leurs temps de travail tout en maintenant leur activité au sein du comité et une de nos collègues psychiatre nous a quittés dans le courant du mois de septembre pour des raisons professionnelles. D'autre part, notre administratrice, toujours au comité, a vogué vers d'autres cieux, ce qui a entraîné l'engagement

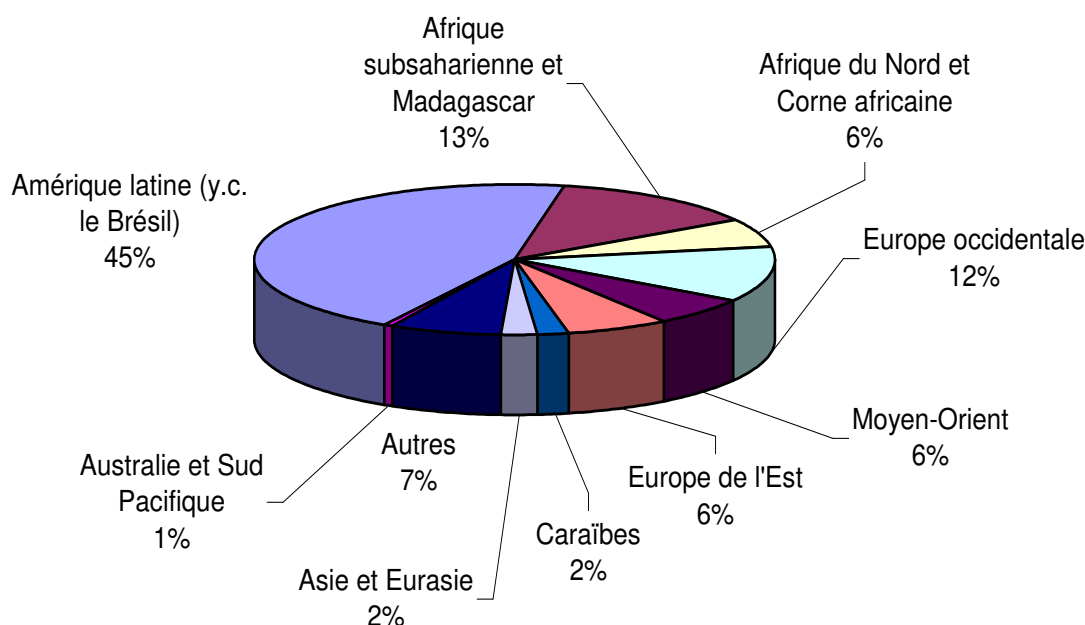


d'une secrétaire-comptable. Un nouveau psychologue nous a rejoint en mai 2003. Les membres de l'équipe sont tous, de près ou de loin concernés par l'expérience migratoire et l'altérité. Leurs approches cliniques sont enrichies de leurs histoires de vie et d'apprentissages dans des contextes très variés.

### I.1.3. Population

#### a) Régions d'origine

*Plusiels* a assuré, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003, 295 prises en charge (310 personnes effectives) de personnes seules, de couples et de familles, totalisant 1824 heures de consultations. Elles sont originaires de 60 pays différents et de 6 régions en conflit ou issues de conflit. Nous avons reçu 31 doubles nationaux, 14 couples dont 9 couples biculturels. Il est également intéressant de noter que l'entourage directement affecté s'élève à environ 525 personnes pour 246 prises en charge (dans les 49 autres situations, ces informations n'ont pas pu être recueillies).



**Graphique 1** : Répartition des patients selon leur région d'origine.

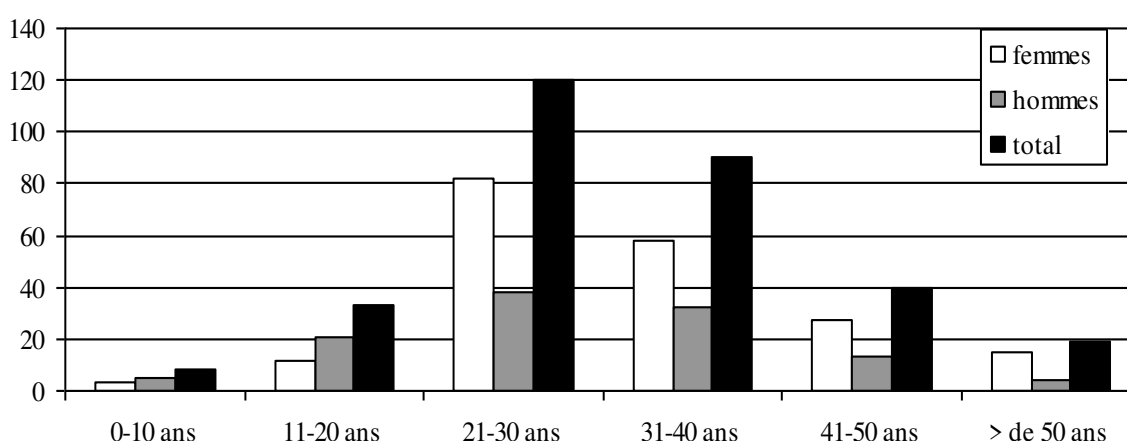
Certaines données présentent des différences par rapport aux années précédentes. On peut notamment remarquer que :

- Le nombre de patients, ou plutôt de patientes, originaires des différents pays d'Amérique latine (du Mexique jusqu'à la Terre de Feu y compris le Brésil) a progressé par rapport aux années précédentes pour atteindre 45% du total des prises en charge. Dans sa majorité, ces personnes ont vécu un type de migration qui est directement en rapport avec des difficultés économiques et le manque de perspectives dans leur propre région d'origine. Une bonne partie d'entre elles vit et travaille à Genève dans des conditions souvent très précaires et particulièrement en marge du système sanitaire et de santé. Elles sont en général adressées à *Plusiels* à travers deux voies préférentielles : les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) notamment par l'Unité Mobile de Soins Communautaires (UMSCO) et par l'effet « bouche à oreilles ». Notons que nous sommes le seul lieu de consultations ethnopsychologiques accessible à ce groupe de patients depuis plusieurs années.

- Le nombre de personnes originaires d'Europe de l'Est (6%) a diminué, probablement du fait d'une « stabilisation » fragile de l'ex-Yougoslavie. Certaines décisions politiques suisses prise à leur égard ont eu des conséquences sur la question de l'asile, par exemple, des renvois ou des refus d'entrée en matière plus fréquents. Par ailleurs ce sont les HUG qui remplissent actuellement le mandat d'accompagnement médical de cette population.
- Avec le même pourcentage que l'Europe de l'Est, nous trouvons les différents pays et régions de l'Afrique du Nord, la Corne Africaine et le Moyen-Orient. Dans cette dernière catégorie on trouve principalement des personnes originaires des différentes régions kurdes de l'Irak, la Turquie et l'Iran, quelques unes originaires de la Syrie et du Liban. Quant aux Maghrébins, nous les avons reçus pour des problèmes liés aux couples biculturels, surtout en ce qui concerne le Maroc et la Tunisie, et à la problématique de la migration forcée, à l'asile pour les Algériens et des Lybiens.
- Les patients originaires de l'Europe occidentale (12%) notamment des Portugais, Italiens, Espagnols, Français et Suisses ont augmenté notablement et nous consultent pour des problématiques psychologiques très diverses. Cette catégorie est presque aussi importante que celle regroupant les différents pays de l'Afrique subsaharienne (13%) qui est composée majoritairement de personnes venues en Suisse par la voie de l'asile ou le regroupement familial.
- Les doubles nationaux, deuxième population en nombre (10,5%), ne sont plus toujours des Suisses avec une nationalité supplémentaire, mais affichent une extrême diversité, des mélanges aussi inattendus et novateurs que variés.
- Les Suisses, pas forcément genevois ni de langue maternelle française, sont fréquemment l'un des membres des couples biculturels.
- On remarque également l'accroissement du nombre de Suisses de retour de l'étranger. Nés dans un autre pays, ils ne parlent parfois aucune de nos langues nationales.

## **b) Personnes**

### ***b.1. Age et genre***



**Graphique 2** : Nombre de personnes venues consulter selon leur âge et leur genre

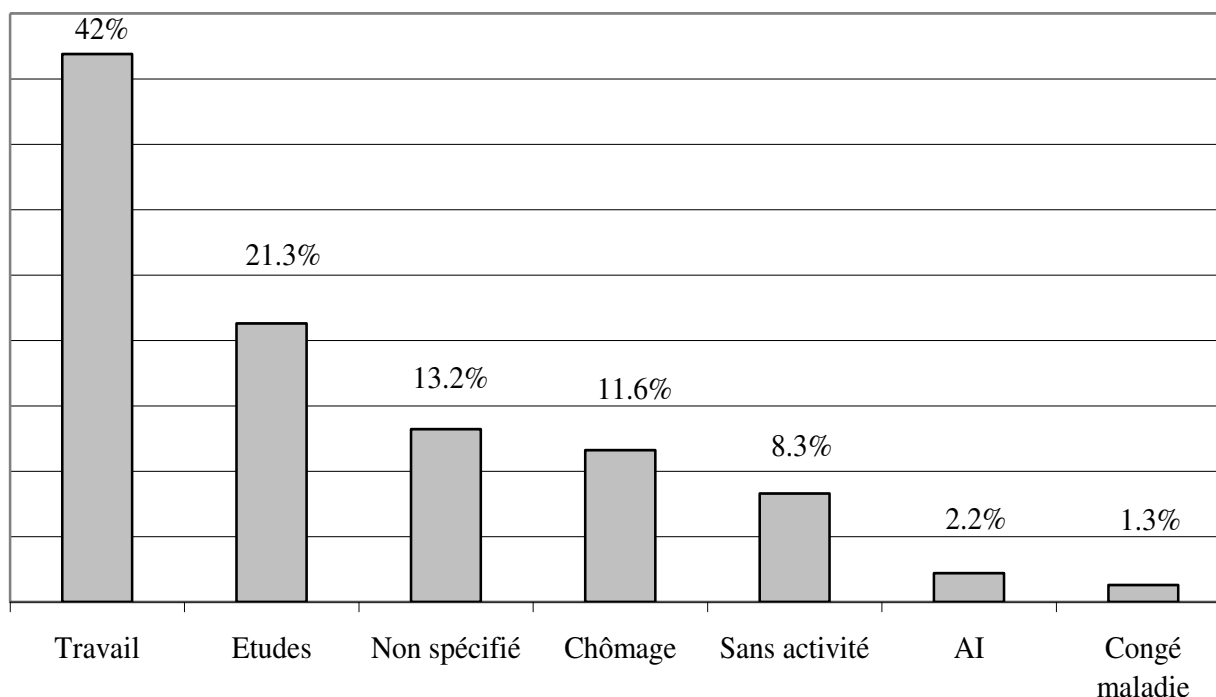
âge	femmes	hommes	total	
0-10 ans	3	5	8	2.6%
11-20 ans	12	21	33	10.4%
21-30 ans	82	38	120	38.8%

31-40 ans	58	32	90	29%
41-50 ans	27	13	40	13%
plus de 50 ans	15	4	19	6.2%
<b>TOTAL</b>	<b>197</b>	<b>113</b>	<b>310</b>	<b>100%</b>

**Tableau 1** : Distribution détaillée des patients selon l'âge et le genre

- Les prises en charge ont passé de 242 à 295, ce qui montre une augmentation d'environ 22% pour l'année 2003 (contre 26% en 2002). Ceci est à distinguer du nombre de consultations qui, en revanche ont fortement augmenté. Les personnes sont venues seules le plus souvent, quelque- fois en couple.
- La population la plus nombreuse, hommes et femmes confondus, se retrouve dans les tranches d'âge de 21 à 40 ans c'est-à-dire dans une population économiquement active et comme on dit couramment, dans la force de l'âge. Ce constat est d'une part préoccupant puisqu'il s'agit d'une tranche d'âge où, théoriquement, on est moins « malade » ; mais de l'autre, il est rassurant de voir que la recherche d'un soutien professionnel compétent devient un recours possible avant que la situation n'empire.
- La population féminine représentait le double de celle des hommes durant l'année 2002. En 2003, la population masculine ayant augmenté de 69% (de 67 en 2002 à 113 en 2003), les femmes ne sont plus qu'une fois et demi plus nombreuses que les hommes. Le nombre de femmes a lui, augmenté de 44% (c'est-à-dire de 137 en 2002 à 197 en 2003). Parmi les problématiques présentées, nombreuses sont celles relatives à la précarité, la clandestinité ou l'adaptation des enfants.
- Il est intéressant de noter que les jeunes de moins de 20 ans sont statistiquement aussi nombreux que les 41-50 ans. En revanche, comme c'est le cas depuis plusieurs années, la population de plus de 50 ans reste peu nombreuse dans notre consultation (6.2%).
- Le nombre de couples venus consulter, a légèrement diminué : de 17 en 2002 à 14 en 2003. Parmi eux, 9 formaient des couples biculturels. Notons que les problématiques de couples n'ont pas diminué puisque nous constatons que nombreuses sont les consultations individuelles où il est question de problèmes de cet ordre-là. Ce sont donc bien les consultations « en couple » qui ont baissé et non les difficultés liées à la vie à deux.
- Les garçons et les filles qui nous sont envoyés par le cycle d'orientation et les écoles primaires du canton ont fréquemment des problèmes d'acquisitions scolaires et/ou des comportements inadéquats (parfois interprétés comme de l'agressivité) qui sont souvent la manifestation d'un processus d'adaptation difficile d'eux-mêmes et/ou de leur famille. Parents et enfants sont nombreux à nous faire part d'une structure scolaire perçue comme rigide. C'est par exemple dans le cas des enfants migrants placés selon leur classe d'âge et non selon leur niveau scolaire, ce qui les conduit assez rapidement à l'échec. Ces causes non exclusives, reflètent parfois aussi un mal-être dans les familles, en particulier celles qui vivent une situation précaire du point de vue de leur statut légal en Suisse.

## ***b.2. Activité professionnelle***



**Graphique 3** : Distribution des "patients" selon leur activité professionnelle

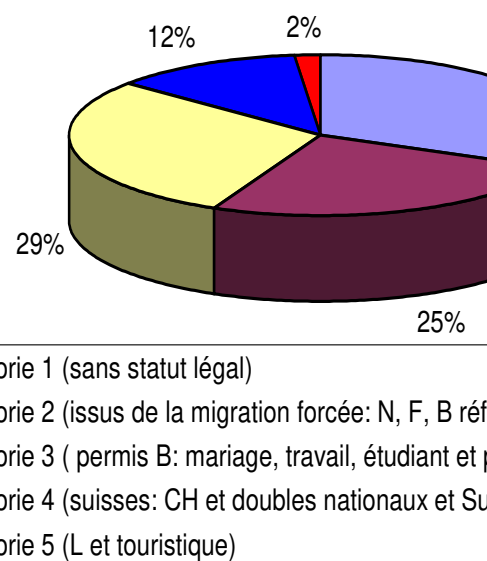
Attentifs aux changements qui sont intervenus dernièrement quant aux diverses caractéristiques de la population qui sollicitent nos services, nous avons tenu à présenter la répartition des personnes venues consulter par rapport à leur activité.

- Nous observons en premier lieu, que 42% de notre population exercent une **activité lucrative** à temps plein ou partiel, ce qui la rend en partie ou complètement autonome. Ce phénomène est d'autant plus notoire qu'elle est en majorité composée de femmes qui ne sont couvertes ni par des conventions collectives, ni par la loi du travail avec toutes les prérogatives qui en découlent.
- 21.3% de cette population **étudie** que ce soit au niveau de la scolarité obligatoire (13.7%) ou post-obligatoire (7.6%) y compris l'université. De ce fait, 63.2% a une activité, voire un projet à long terme. Néanmoins il faut considérer que les aléas du processus adaptatif peuvent faire vaciller ces mêmes perspectives et très souvent cela devient le motif principal de la consultation. Quant aux étudiants universitaires, les difficultés liées au contexte administratif, économique et de logement sont fréquemment source de grande préoccupation et de stress qui les conduisent, via le service social (BUIS) ou psychologique (CCP) de l'Université, vers notre centre.
- Contrairement à l'année précédente, 2003 ne voit pas beaucoup d'hommes au **chômage** ou à l'**A.I.**, mais la distribution est plus équilibrée. Nous avons choisi de tenir compte de la totalité, soit 13.8% de la population.
- La catégorie « **non spécifié** » correspond à des situations où l'information nous manquait parce que : soit la personne n'est jamais venue (ce qui fait un total de 11% de prises en charge durant 2003), soit le centre d'intérêt ou l'urgence ont rendu cette information non pertinente...
- La plupart des personnes comprises dans la rubrique « **sans activité** » lors de la première consultation et à l'ouverture du dossier, étaient ou se sont mises par la suite à la recherche d'un emploi. Cette catégorie englobe également les gens en recherche d'une nouvelle formation suite à la fin de leur scolarité obligatoire ou d'une nécessaire reconversion professionnelle.

### b.3. Statut légal

SP (personne sans statut légal)	32%
N (requérant d'asile)	13 %
B (par mariage)	9.8%
CH (dont doubles nationaux et/ou naturalisés)	9.5%
B (travail)	7.8%
B (étudiant)	7.6%
B (réfugié statutaire)	5%
C (réfugié statutaire)	5%
C (Union Européenne et autres nationalités)	4.1%
CH (de retour de l'étranger)	2.7%
F (admission provisoire et/ou asile)	2%
L (carte de légitimation)	1%
Visa touristique	1%

**Tableau 2 :** Distribution des patients selon le statut légal en Suisse (N=295)



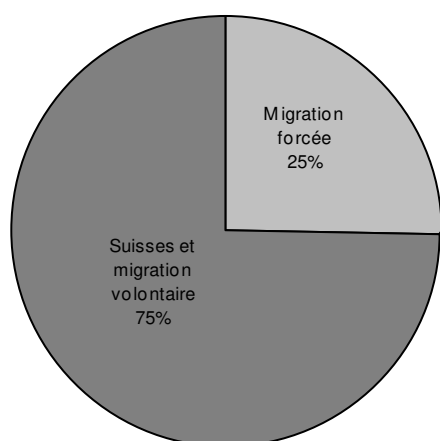
**Graphique 4 :** Distribution des patients selon statut légal en Suisse

Toutes les catégories que nous avons listées (y compris les personnes sans statut légal et les Suisses), exceptées les personnes venues en Suisse par les voies de l'asile, représentent dans notre consultation, 74.6% de prises en charge.

### b.4. Migration forcée

Nous pouvons différencier la migration volontaire de la migration forcée qui elle, représente 25.4% des prises en charge.

Les raisons de la migration des personnes sans statut légal sont bien souvent assimilables à un acte volontaire de migrer. Cela ne signifie pas que leur décision ne soit pas légitime (en tout cas pour elles) car le plus souvent les conditions de vie dans leur propre pays leur imposent ce départ comme seule alternative. Dans ce sens, nous considérons cette catégorie de personnes comme faisant partie des migrants volontaires.



En revanche, les personnes ayant un permis N (requérant d’asile), F (admission provisoire et/ou asile), B (réfugiés) et C (réfugiés) sont considérées comme issues de l’asile : par principe on accepte qu’elles ont été forcées de quitter leur pays. En clinique, cette différenciation est essentielle car il s’agit là de deux approches distinctes. Le départ forcé implique en effet un non choix, un déracinement brutal, une rupture des liens et de continuité de soi, des sentiments de menace et/ou souvent des traumatismes graves etc. avec bien des conséquences psychologiques et parfois physiques non négligeables. Par ailleurs, les conditions d’accueil (permis N), la situation légale depuis le dépôt de la demande d’asile et les incertitudes qui s’ensuivent, se rajoutent aux difficultés déjà vécues avant l’exil.

Nous reconnaissons également que la charge traumatogène de l’avant-exil peut, dans certains cas, réémerger ou être amplifiée avec le vécu dans le pays d’accueil. Cela se caractérise principalement par des difficultés d’adaptation et d’intégration malgré les efforts fournis. C’est notamment le cas des personnes qui ont obtenu un statut provisoire – et à long terme –, voire des réfugiés statutaires ayant un permis B ou C.

## I.1.4. Consultations

### a) Langues de consultation

Consultations en français	119	40%
Consultations en langue étrangère	129	44%
Consultations en langue étrangère avec traducteur	47	16%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>

**Tableau 3** : Nombre de prises en charge selon la langue

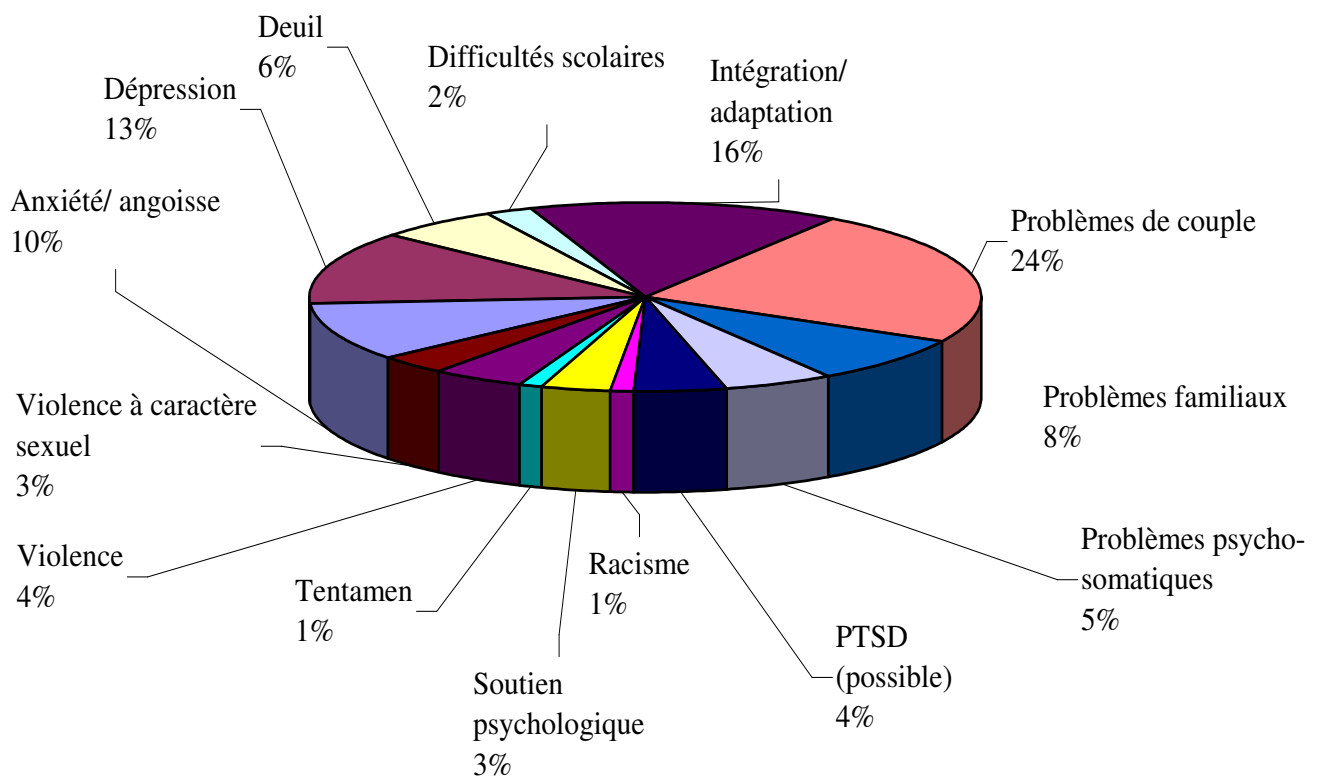
- Notons que la consultation en français ne représente que 40% de nos prises en charge.
- Les consultations avec l’aide de traducteurs (« transducteurs ») interculturels s’élèvent à 16% contre 7% en 2002. Cette augmentation est plus importante qu’il n’y paraît car en 2003, le nombre de personnes reçues en consultation et de prises en charge a augmenté de 22%.

**Les 47 prises en charge avec traducteurs correspondent à 234 heures effectives de consultations (203.5 à la rue des Voisins et 30.5 à notre antenne de Meyrin).**

Soulignons que les langues les plus fréquemment traduites sont l'albanais, le serbo-croate/bosniaque, le turc et le farsi.

Ont également collaboré avec nous, des traducteurs japonais, arabe, amharique, malgache et portugais du Brésil. Les autres langues telles que l'espagnol, le portugais, l'italien et l'anglais sont parlées couramment par certains membres de notre équipe clinique ce qui représente pour *Pluriels*, une économie non négligeable. Les traductions ne sont en effet pas à la charge des patients mais c'est grâce aux subventions et aides financières que *Pluriels* peut mettre ce service à leur disposition, ce qui représente une amélioration qualitative de nos prestations.

**b) Motifs de consultations**



**Graphique 5:** Motifs invoqués par les patients lors du premier appel

Ce graphique regroupe 14 des plaintes les plus fréquentes et les plus clairement exprimées par les patients ou les intervenants qui nous les adressent, lors du premier contact, souvent téléphonique afin d'obtenir un rendez-vous. Il ne s'agit là en aucune façon de diagnostics, mais de la manière avec laquelle les gens ont mis en mots, les raisons qui les poussent à chercher de l'aide.

Derrière une demande, il existe souvent des situations qui s'avèrent bien plus complexes et entrecroisées, par exemple : une demande de consultation pour violence conjugale, des problèmes familiaux et/ou une situation économique précaire peut masquer une réelle dépression. De même, un problème présenté sous des termes tels que besoin de soutien psychologique peut cacher une problématique de choc culturel contenant plusieurs éléments tels qu'un mal-être diffus, une

difficulté de communication, un sentiment d'isolement, une incompréhension du nouveau milieu, une perte de repères, etc.

Suite à cette prise de contact, l'ethno-psychologue va consacrer les premières consultations à préciser la demande, à établir une anamnèse et à évaluer en accord avec le patient, si oui ou non sa situation relève de sa compétence à *Pluriels*. Si ce n'est pas le cas, nous il fera le nécessaire pour l'adresser au(x) service(s) ou au spécialiste les mieux adaptés à la demande.

Une partie de notre travail consiste en fait à observer ce qui se cache derrière toute demande pour la placer dans une perspective plus large afin de rendre évidents les divers entrecroisements dans lesquels les aspects culturels, sociaux, émotionnels etc. Il s'agit là de pouvoir faire la part des choses entre ce qui relève d'une différence de culture, d'un processus normal d'adaptation et de réelles difficultés psychologiques que la personne vit en rapport à son histoire, parfois antérieure à la migration. Nous essayons également de clarifier les problèmes les plus urgents afin de construire des stratégies adaptées avec les patients, pour les aider à surmonter la crise actuelle.

Le **choc culturel** ne constitue pas en soi, il est vrai, une figure nosographique ou diagnostique actuelle, mais nous l'utilisons afin de rendre compte d'une problématique adaptative susceptible de contenir en même temps plusieurs catégories de dysfonctionnements voire de troubles. Nous le rencontrons plus souvent chez les nouveaux venus (qu'ils s'agissent d'un migrant sans statut légal, d'un requérant d'asile ou d'un Suisse de retour de l'étranger), et chez les anciens migrants. Ce choc peut aller des formes bénignes de stress dû aux changements jusqu'aux troubles graves de l'identité ou de la personnalité. En fait, une multitude de facteurs peuvent intervenir pour moduler, atténuer ou au contraire accentuer les effets d'un changement total d'environnement, à commencer par la langue mais qui peuvent aussi toucher l'ensemble de la vie objective et subjective de l'individu.

Dans notre graphique 4, sans risque de trop nous éloigner de la réalité, nous aurions pu regrouper les plaintes décrites par les termes « intégration-adaptation (16%) », « difficultés scolaires (2%) », « deuil (6%) », « anxiété-angoisse (10%) », besoin de « soutien psychologique (3%) » et certainement une bonne partie de ces 13% de dépression, sous un « diagnostic » ethno-psychologique de choc culturel.

Nous remarquons également que les **problèmes de couple** occupent une place importante, soit un quart des prises en charge en 2003. Plus intéressant encore, cette problématique se retrouve de préférence chez les 20-40 ans et ce sont les femmes qui sont plus enclines à demander de l'aide en individuel (sans la présence du partenaire) soit deux fois plus que les hommes. Sur la totalité des gens qui travaillent ou étudient, 46% se plaignent de problèmes de couple. N'oublions pas qu'au sein du couple se reflètent en même temps les problèmes propres à la vie en commun mais également les tensions et les conditions qui l'entourent, imposées par le changement culturel propre à la migration.

Il nous semble important de préciser que sous la catégorie « **violence** », nous avons regroupé les situations de violence physique avec passage à l'acte, mais pas les situations de violence à caractère sexuel que nous regroupons dans une catégorie à part. Ces violences physiques peuvent être à la fois des violences subies ou infligées qui vont souvent de pair avec des problèmes familiaux et/ou conjugaux. Dans le cadre des « **violences à caractère sexuel** » avec ou sans viol physique, la symptomatologie se présente sous une forme de crise et peut englober plusieurs de ces plaintes à savoir une dépression, des angoisses etc. Il se peut aussi que ce type de violence se présente sous des formes particulières de perversion qui durent dans le temps et dont les victimes sont souvent des femmes étrangères n'ayant pas encore obtenu un statut légal définitif qui dépend du conjoint suisse. Ces cas ne sont heureusement pas très nombreux dans notre consultation.



La plainte sous le terme de « **PTSD** » (Post Traumatic Stress Disorder) n'est bien sûr pas évoquée comme telle par les patients eux-mêmes. Ce sont plutôt les intervenants médicaux ou sociaux nous les adressant, qui décrivent le cadre symptomatologique comme étant un possible PTSD. Nous sommes attentifs à ce diagnostic mais faisons notre propre jugement, car selon la source, il peut être facilement confondu avec un autre type de trouble tel que le syndrome de stress aigu. Nous observons en effet, qu'à un certain type de migrants, notamment ceux issus de l'asile, on associe un vécu actuel de souffrance avec un possible traumatisme antérieur à l'exil, or ce n'est pas toujours le cas. Des victimes d'agressions sexuelles ou de viol, ici à Genève, peuvent également présenter ce genre de symptômes. Néanmoins, la fréquence de ce type de traumatisme, susceptible en effet de produire ou de configurer un tableau de PTSD, se retrouve le plus souvent chez des migrants issus de la migration forcée surtout celles ou ceux ayant vécu des situations extrêmes, telles les viols en période de guerre et en raison d'une appartenance particulière, de torture, des expériences d'emprisonnement dans des camps avec menace continue de mort etc.

« **Les problèmes psycho-somatiques** », Tout comme le PTSD ne sont pas évoqués par les personnes elles-mêmes car elles auraient plutôt tendance à nier ou à méconnaître le lien entre leur souffrance physique et psychique. Si elles viennent, c'est pour d'autres raisons : un besoin de soutien psychologique, une dépression etc. Notre observation permet de nous orienter sur la piste d'un problème psycho-somatique. Nous traitons ces aspects dans notre recherche « Migration, blessure psychique et somatisation ». Notons qu'à la différence des problèmes psycho-somatiques, les difficultés somato-psychiques (c'est-à-dire des personnes ayant des problèmes psychologiques clairement définis comme les conséquences d'une maladie physique diagnostiquée propre ou d'un proche) sont moins fréquentes dans notre consultation.

« **Les problèmes familiaux** » sont de plusieurs types, dont les plus fréquents sont : l'interférence de la belle-famille dans le couple et l'éducation des enfants ; l'absence de la famille d'un des conjoints ; la difficulté avec les enfants dans les familles reconstituées ; le décalage des valeurs et des vécus culturels et familiaux entre les enfants, nés ou qui ont grandi en Suisse et les parents ou la famille arrivés en Suisse avec des valeurs et des repères de leur culture d'origine ; les problèmes typiques des enfants qui entrent dans l'adolescence ; l'arrivée tardive des enfants, longtemps séparés de leurs parents et la difficile adaptation des uns aux autres. Dans ce type de consultations nous rencontrons, de plus, des problématiques classiques de famille les aspects culturels et adaptatifs propres à la condition des migrants. Pour eux, nous mettons en place une intervention systémique adaptée à ce double regard (voir chapitre 1.1.1 Aperçu théorique).

Nous sommes sensibles à l'absence de la « **peur** » dans le cadre des plaintes répertoriées dans le graphique 4. En effet, nous constatons que ce sentiment diffus et intense d'insécurité qui nous est souvent rapporté dans un deuxième temps, accompagne presque toujours, quelle que soit la plainte évoquée, l'anxiété/angoisse et/ou la dépression, la situation des personnes sans statut légal. De plus en plus nombreuses dans notre consultation depuis quelques années, elles nous amènent, de part la fragilité de leur situation, un vécu permanent de peur et d'insécurité pas seulement par rapport à leur possible renvoi mais du fait de leur vulnérabilité en termes de droits. Elles sont sujettes à des travaux instables, victimes potentielles de n'importe quel abus sans qu'elles éprouvent un quelconque sentiment de protection de l'état ou de la société, ce n'est pas sans conséquences sur la raison pour laquelle elles nous consultent et ce n'est pas bien sûr sans incidences sur leur estime de soi. Le moindre incident, la moindre situation de « visibilité » peut engendrer l'échec de tout un projet d'une partie de leur vie si longuement et intensément investi en termes subjectifs de « sens » et en termes objectifs de « réussite familiale », car nombreux sont les gens qui en dépendent dans leur pays d'origine.

Nous sommes conscients que dans ce rapport, notre description échappe aux subtilités et à la complexité des thèmes abordés. Cela dit chacun de ceux-ci, mérite des analyses approfondies que nous avons l'intention de mener à bien dans de prochaines publications.

### c) Répartition des heures

<b>Heures de travail</b>		
	2002	2003
Consultations	1058	1824*
Activités psychosociales	579	813
<b>Total</b>	<b>1637</b>	<b>2637</b>

\*ne sont pas comprises les 99 heures de consultations offertes par nos collègues psychiatres.

Dans les heures consacrées aux consultations, nous incluons exclusivement cette rubrique. Par les activités psychosociales, nous entendons les heures d'interventions à l'extérieur (réseaux etc.), les participations aux conférences, séminaires etc. ainsi que les heures de supervision et de recherche. La totalité des heures de consultations et d'activités psychosociales correspond à la partie clinique de notre activité tandis que l'autre partie est administrative. Pour des questions techniques, la partie très importante des heures de permanences est comprise dans la rubrique administration. Soulignons que dans ces heures de consultations ne sont pas comprises les heures de consultations offertes par nos collègues psychiatres, soit un total de 99 heures, dont la moitié en cothérapie avec un-e psychologue de notre équipe.

Un certain nombre de consultations se fait en **cothérapies**, soit 16 prises en charge en 2003. Ces cothérapies ont été jointes à notre consultation vers la fin de l'année 1999 et elles sont pratiquées par des médecins-volontaires qui nous ont contactés car ils s'identifient au sens de notre démarche. Leur participation a beaucoup enrichi nos interventions, en particulier auprès des personnes qui auraient besoin d'un soutien médicamenteux et qui auparavant, étaient systématiquement adressées ailleurs. La collaboration entre ces deux savoir-faire est très précieuse pour les personnes qui viennent nous consulter et qui sont en situation de pré-crise ou fortement traumatisées.

### d) Résultats

<b>Bilan des consultations</b>		
Drop out (en partie suite à amélioration/résolution)	68	24%
Amélioration franche	56	19%
Consultations en cours	51	17%
Réorientation	45	15%
Personnes jamais venues	36	12%
Retour au pays	16	5%
Consultations uniques	12	4%

Résolution	9	3%
Renvoi (à notre connaissance)	2	1%
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100%</b>

Quelques précisions concernant ces résultats :

**-amélioration** : la personne a trouvé une ou plusieurs voie(s) qui lui ont permis de mieux envisager sa situation (personnelle, entourage, adaptation, harmonisation etc.) ou son problème spécifique et

- 1) arrête la prise en charge
- 2) la suspend parce que « cela va mieux » mais a conscience que la situation n'est pas complètement résolue

**-résolution** : accord mutuel entre thérapeute et patient qui sont arrivés à maîtriser, à résoudre la situation-problème de façon satisfaisante par les deux parties (thérapeute et patient)

**-réorientation** : le patient est adressé vers une institution ou une personne spécialisée, ou vers une quête de solution à plus long terme. Il se peut également que la personne soit adressée vers un autre type d'intervention par exemple juridique, soutien économique etc.

**-drop out** : la personne n'est plus revenue soit:

- 1) sans explication
- 2) suite à une amélioration pas explicitée (consultation unique par exemple)
- 3) suite à une insatisfaction ou à un rejet du cadre thérapeutique ou du thérapeute qui ne correspond pas aux attentes.

Notons que la majorité des personnes qui demandent un rendez-vous à *Plusieurs*, consultent pour la première fois de leur vie auprès d'un-e psychologue. Cela pourrait expliquer les 12% de « jamais venus ». En effet, nous pourrions faire l'hypothèse que, ne sachant pas ce qu'est une consultation psychologique et cherchant souvent une solution immédiate à un problème concret et urgent, ils décident de ne pas donner suite au premier contact téléphonique. Cela dit, ils savent désormais qu'ils peuvent disposer d'une adresse où demander de l'aide. Dans ce sens, nous constituons un maillon préventif et de sensibilisation important.

## I.2. AUTRES ACTIVITES LIEES A LA CLINIQUE

### I.2.1. Recherche

Notre recherche «MIGRATION, BLESSURE PSYCHIQUE ET SOMATISATION», financée par la Loterie Romande, a été soumise aux institutions concernées, c'est-à-dire l'Université, la Fédération suisse des psychologues (FSP), l'Association genevoise des psychologues (AGPsy) et le Médecin Cantonal pour officialiser notre démarche. Elle est sur le point de se conclure, le nombre d'heures consacrées à l'étude de cas et à la production théorique a passé de 71 heures en 2002 à 85 heures en 2003. Nous avons commencé la rédaction et songeons à la publication fin 2004, début 2005.

### I.2.2. Publications

Deux d'entre nous ont publié conjointement un article dans le 1<sup>er</sup> numéro (premier semestre de l'année 2003) de la revue bilingue « InterDIALOGOS : Action sociale et éducation en contexte pluriculturel », intitulé « Résoudre le casse-tête sans se casser la tête : adolescence, identité et migration ».

En avril 2003, un article est paru dans le Psychoscope, journal de la Fédération Suisse des Psychologues, intitulé « Envoûtement et vision chamanique : l'aide aux victimes dans la perspective ethnopsychologique ».

### **I.2.3. Supervisions**

Dans une perspective purement clinique, nous nous réunissons une fois toutes les cinq semaines pour les supervisions. Ces séances sont un moment de réflexion et d'échange, un support théorique indispensable à notre pratique de thérapeutes. Nous allons introduire des séances complémentaires d'intervisions qui nous permettront de discuter de nos pratiques cliniques respectives.

### **I.2.4. Réunion d'équipe**

#### **a) Rencontres**

En 2003, notre équipe au complet, médecins-psychiatres, travailleuse sociale et psychologues, a consacré trois journées, soit une vingtaine d'heures, à une réflexion globale sur les fondements théoriques de *Plusiels*, son évolution mais également sur le fonctionnement interne (au niveau de l'équipe) et externe (au niveau de la consultation). Ces rencontres sont intervenues à la fois par le besoin d'un bilan après 8 ans d'existence de notre centre, mais également par les différents changements (départ et arrivée de membres de l'équipe) que nous avons vécus en 2003. Cela fut également l'opportunité de projeter notre travail dans le temps c'est-à-dire d'envisager les ajustements nécessaires à notre évolution et aux besoins du Canton en matière d'aide aux migrants.

#### **b) Réunions d'équipe clinique**

Nous avons mis en place des réunions d'équipe clinique mensuelles afin de prolonger les différentes réflexions développées lors de nos rencontres autour du fonctionnement interne et externe (notre service aux patients) de la consultation.

## II. ANTENNE *Pluriels* A MEYRIN

### II.1. ACTIVITES CLINIQUES

L'implication de *Pluriels* à Meyrin a débuté fin 1997, d'abord via le Groupe Ressources organisé par le directeur des classes d'accueil du cycle d'orientation, monsieur Jacques Mino. A l'époque cette initiative a compté sur l'heureuse complicité, entre autres, de madame Danielle Jeanrenaud-Dokic, inspectrice des écoles de Meyrin-Cointrin qui avait déjà commencé à tisser un travail en réseau autour de la relation entre les écoles primaires meyrinoises et les migrants de la Commune concernés par cette démarche. C'est à partir de là, et grâce à l'invitation qui nous a été adressée par madame Jeanrenaud-Dokic pour participer au Réseau-Meyrin. A ce moment-là, nous étions la première entité non-communale et non-meyrinoise à y être impliquée en déléguant régulièrement à une équipe composée de deux psychologues et d'une travailleuse sociale.

Notre intérêt pour Meyrin s'est fondé sur trois axes : premièrement, cette commune est la plus densément peuplée par des migrants non-suisses dans le Canton de Genève. Deuxièmement, les initiatives prises par la Commune pour installer dans la durée des mesures de bonne entente entre tous les habitants nous ont paru un modèle d'intégration intéressant. Finalement, le travail en réseau qui se développait, répondait et répond toujours à ce que nous voulions faire nous-mêmes.

Notre collaboration avec le réseau nous a amenés tout naturellement à entreprendre des démarches pour un travail de proximité à Meyrin. Celles-ci ont abouti à l'ouverture de notre antenne le 20 novembre 2001 dans une salle de réunion du Forum Meyrin, gracieusement mis à notre disposition par la mairie avec l'accord de la Commission sociale du Conseil municipal. Parallèlement nous avons reçu une première subvention de 24'000.- en 2001 renouvelée en 2002 puis en 2003.

Hormis nos activités dans le cadre du Réseau-Meyrin, nous avons commencé des consultations dans la salle du Forum qui a également servi à recevoir différents intervenants et partenaires impliqués dans l'activité auprès des migrants dans la commune.

Fin février 2003, la Commune a inauguré dans le Centre artisanal du chemin de la Prulay, les nouveaux locaux du CASS et bien d'autres services. Les autorités communales nous y ont assigné un local tout à fait adéquat, que nous partageons avec le service du chômage de la Commune. Nous avons en partie aménagé la salle de consultations et d'autres détails logistiques, tels que le téléphone portable (les lignes fixes ont été installées fin août 2003) grâce à la subvention. De son côté, la Commune nous a fourni le mobilier nécessaire à notre activité.

Comme nous l'espérions, l'activité poursuivie dès notre installation dans ces locaux dans le courant du mois de mars 2003, augmente graduellement. Deux psychologues sont présents à raison de deux demi-journée par semaine soit mardi après-midi et jeudi matin.

Notre consultation Meyrin met à disposition du réseau une écoute attentive sous forme de soutien, d'accompagnements sur place ou de supervisions, à l'intention des intervenants et des professionnels.

### II.2. ACTIVITES PSYCHOSOCIALES

#### II.2.1. Réseau Meyrin

Le réseau Meyrin regroupe aujourd'hui une quarantaine d'acteurs publics ou associatifs. Il permet un dialogue constant entre les diverses instances qui gravitent autour des enfants et des familles.

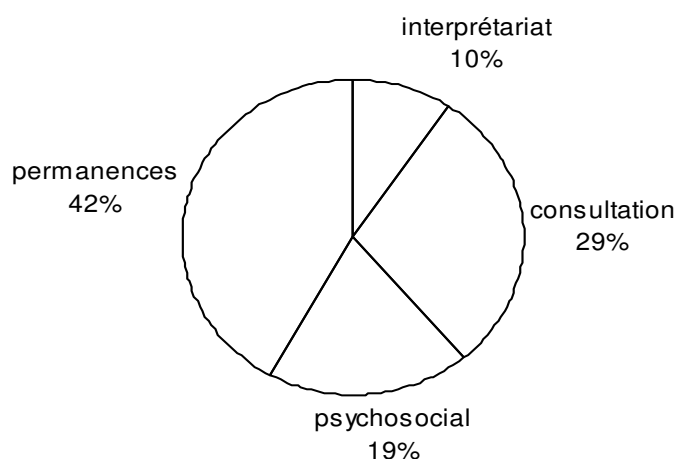
Il est clair qu'avec le temps, l'activité du réseau prend une place de plus en plus importante dans la vie meyrinoise. En effet, des problèmes aussi divers que des situations occasionnelles de violence à l'école ou l'augmentation des élèves étrangers dans les classes spécialisées, ont été abordés collectivement. La richesse de ce réseau réside tout particulièrement dans l'engagement des professionnels qui le composent et dans l'appui de la commune.

### II.3. ACTIVITES GENERALES DE *PLURIELS* A MEYRIN : RESUME.

En 2003, nos 290 heures de présence ont été réparties comme suit :

<b>Activités <i>Pluriels</i> Meyrin 2003</b>	
Consultations	94
Psychosocial	61.5
<b>Total Clinique</b>	<b>155.5</b>
Permanences	134.5
<b>Total des heures</b>	<b>290</b>
Heures de traduction	30.5
<b>TOTAL</b>	<b>320.5</b>

Les 155.5 heures de clinique ont été réparties en 94 heures de consultation et 61.5 heures d'activités psychosociales. Les 94 heures de consultation consistent en 19 prises en charge : 14 femmes, 7 hommes et 3 enfants, représentant 24 personnes.



Les nationalités représentées sont les suivantes : Cameroun, Erythrée, Bosnie-Herzégovine, Nicaragua, Pérou, Argentine, Turquie, Sénégal, Colombie, Madagascar, Brésil, Inde, Togo, Kosovo, Algérie, Franco-espagnol et des Suisses de retour de l'étranger soit un total de 17 différentes nationalités ! Et c'est véritablement représentatif de la diversité culturelle de la Commune.

Notons que plusieurs de nos patients de Meyrin ont préféré venir dans nos locaux du centre ville du fait que nous n'avons que deux demi-journées de présence sur place, en particulier les mères de famille, pour qui nos disponibilités à Meyrin ne convenaient pas, dans d'autres cas, les personnes

qui venaient fréquemment à l'Hôpital Cantonal, préféraient, pour une question de proximité, passer dans notre centre à la rue des Voisins.

Les 51 heures d'activités psychosociales couvrent des visites aux associations et aux services sociaux, du travail dans les classes, des supervisions d'équipes, des rencontres avec les maîtres principaux, des préparations d'interventions.

130 heures ont été consacrées aux permanences sur place, pour les activités habituelles de prises de contact téléphonique et l'accueil dans nos locaux de divers professionnels en lien avec la migration.

Soulignons la collaboration de madame, Yolande Cuttelod, cheffe du Service de l'action sociale et madame Monique Boget, conseillère administrative en charge des affaires sociales de la Commune de Meyrin car, en bonne partie grâce elle, les petites et grandes difficultés ont pu être résolues. Nous tenons ici à les remercier chaleureusement.

## III. ACTIVITES PSYCHOSOCIALES

### III.1. LE PSYCHOSOCIAL EN ETHNOPSICOLOGIE

#### III.1.1. Introduction

Dans notre travail clinique, la question du contexte, à savoir celui de Genève, de la Suisse et de l'Europe d'aujourd'hui, ne peut être dissociée de celui de **là-bas** quelle que soit l'origine de nos patients. De même, le rapport entre le temps et le vécu d'avant, et ceux d'ici et de maintenant ne peuvent l'être non plus. On s'étonnerait d'observer à quel point les différents espaces culturels et psychiques, les différents temps et vécus de la migration sont imbriqués dans le récit de la problématique actuelle de nos patients. Comme si la simple présence humaine impliquait que le pays lointain avec sa mémoire et Genève avec ses réalités quotidiennes ne formaient plus qu'un. On constate ces balancements entre l'avant et le maintenant, entre là-bas et l'ici, entre l'univers interne, et la réalité externe d'ici, pleine de bonnes et mauvaises surprises. Pour ces raisons, tout ce qui touche à la société d'accueil, son propre avenir, et les répercussions directes sur la problématique des migrants, nous concerne au plus haut point. La question légale, la qualité de l'accueil, la sensibilisation et la formation des professionnel(les) directement en contact avec les migrants, la valorisation du rôle joué par les migrants dans le travail, les écoles et les différents domaines de la vie sociale auxquels ils participent, font partie de nos préoccupations et de nos engagements.

#### III.1.2. Nos activités en 2003

- Nous avons répondu à l'appel lancé par le Bureau de l'Intégration (BIE) durant le deuxième semestre 2002 dans le cadre de la préparation des premières Assises de l'Intégration à laquelle nous avons contribué activement. En janvier 2003, notre équipe a participé à cet événement qui a marqué « le grand départ » des activités du BIE.
- Fin février 2003, nous avons inauguré notre antenne *Pluriels* à Meyrin, dont les locaux et une partie de la logistique nous ont été gracieusement mis à disposition par la Commune.
- L'équipe du BIE, BIRD et *Pluriels* ont renoué des liens de collaboration avec le réseau travail-intégration qui fonctionnait depuis 2002 grâce à l'impulsion d'Interface-Entreprise de l'Office d'Orientation et de Formation Professionnelle (OOFPP). Ces séries de réunions de travail ont abouti à la conception d'une nouvelle dynamique du réseau qui est composé d'une quinzaine de partenaires travaillant avec des migrants. Dès la fin de l'année 2003, nous avons lancé cette nouvelle démarche sous l'appellation, « Plateforme emploi-intégration » chapeauté par le BIE et son nouveau directeur, m. Robert Cuénod.
- Nous avons répondu présent à l'appel de l'Hospice Général, dans le cadre du forum « Migration et Intégration ». Notre contribution a commencé dès le mois de mars 2002 lorsque nous avons rejoint l'équipe qui a conçu le concept lui-même puis les choix des séminaires des intervenants et l'organisation pratique. Bien qu'ils ne soient pas cités dans les actes du forum, un groupe de fidèles partenaires et nous-mêmes (3 à 4 membres de notre équipe) a participé dès la première réunion à la réalisation de l'événement qui a eu lieu en mars 2003.
- Plusieurs d'entre nous ont participé à la création d'un poster qui a été présenté lors des « Journées sociales » organisées par les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 13 au 14 mars 2003. A cette occasion, nous avons lié des contacts avec plusieurs professionnels intéressés par notre démarche.



- Nous sommes intervenus dans le groupe de Formation Continue Petite Enfance en mars 2003.
- En avril 2003, nous avons assisté au colloque organisé par l'Université de Genève sur : « Les Migrants et le Droit à l'Education ».
- En mai 2003, nous avons participé au premier café-géographique autour de la relation entre géographie et ethnopsychiatrie organisé par la Faculté de Sciences de l'Université de Genève.
- Toujours en mai 2003, nous étions présents à la 2<sup>ème</sup> rencontre interprofessionnelle (la première s'étant déroulée en décembre 2002) sur le thème des requérants d'asile mineurs non-accompagnés organisée par la doctoresse Meynard de la Consultation Multidisciplinaire pour Adolescents et Jeunes Adultes des HUG.
- Durant l'été 2003, nous avons assisté à un colloque de réflexion organisé par l'IES et animé par plusieurs chercheurs de la Communauté Européenne et de Suisse.
- En septembre 2003, nous avons participé au 10<sup>ème</sup> anniversaire de l'Unité de Médecine des Voyages des HUG. Des représentants médicaux et sociaux des CTB se sont déplacés à *Plusiels* pour des séminaires de travail autour de la collaboration interdisciplinaire. Nous avons également rencontré les animateurs de l'association Viol-secours.
- En octobre et novembre 2003, sur invitation de l'UOG (Université Ouvrière de Genève) et avec la participation des représentantes des CASS (Centre d'Action Sociale et de Santé) et des HUG, nous avons mis au point la semaine consacrée au thème « Migration, migrants et Santé » programmée pour le mois de mars 2004.
- En novembre 2003, nous étions présents au colloque organisé par Amnesty International et les HUG intitulé « Santé et Migration : médicalisation et enjeux éthiques ». Durant ce même mois, nous avons assisté au cycle de 4 soirées organisées par la Faculté de Théologie de l'Université de Genève sur le thème « Divination et destin, ici et ailleurs ».
- Nous avons poursuivi notre collaboration avec l'EPER (Entraide Protestante Suisse) dans le cadre des Permanences volantes qui ont finalement vu le jour en mars 2003.

### III.1.3. Réseaux

La question des réseaux et de la collaboration interdisciplinaire fait partie de nos intérêts depuis toujours. Nous pensons qu'il est indispensable de favoriser les échanges avec les professionnels en contact avec les migrants pour les sensibiliser mais également pour favoriser une coordination de nos efforts afin de mieux aider les personnes que nous recevons en consultation. Ainsi, lorsque la situation le demande, nous recevons ou visitons le réseau de professionnel directement en contact avec nos patients.

Durant l'année 2003, nous avons reçu à *Plusiels* des assistant-e-s sociaux-les du Service de Protection de la Jeunesse, des Centres d'Action Sociale et de Santé, de différentes écoles du Canton de Genève (Cycle d'orientation en particulier) d'une maison de quartier, du CTB (Centre de Thérapies Brèves) ainsi que des enseignants, des responsables de service sociaux de certaines communes (Meyrin et de Meinier en particulier) et des éducateurs de différents foyers pour adolescents de Genève. Ces rencontres se sont faites à leur demande.

Nous avons également accompagné quelques uns de ces intervenants dans des situations complexes de type familial extra-muros.

Par ailleurs, nous avons reçu un certain nombre d'étudiants (IES, collège, Université etc.), un réalisateur cinématographique qui réalise un film sur les migrants à Genève et d'autres personnes intéressées par notre démarche.

#### **a) Réseau Meyrin**

Nous vous renvoyons au chapitre II page 22.

#### **b) Groupe ressources**

Rattaché à la cellule migration du Département de l'Instruction Publique (DIP), ce groupe, créé il y a sept ans à l'initiative du responsable des classes d'accueil du Cycle d'Orientation (CO), monsieur Jacques Mino, vient en aide aux élèves migrants des écoles genevoises (primaire, CO et post-obligatoire), tout particulièrement aux enfants venus en Suisse après la guerre en ex-Yougoslavie mais aussi aux enseignants qui ont besoin de conseils spécifiques ou de formations lors de situations de crise. Malgré le chemin parcouru, il reste encore beaucoup à faire quant à la compréhension des difficultés auxquelles sont confrontés en particulier les élèves nouvellement arrivés à Genève. Un exemple frappant a été la situation d'accueil et les difficultés d'adaptation des enfants roms provenant de la Serbie et de Kosove. Dans ce contexte, *Plusiels* participe aux diverses réunions annuelles de coordination et répond promptement aux demandes adressées par ce réseau ou directement par le SCAI ou les Cycles d'orientation.

#### **c) Réseau Université-Plusiels**

Après une étroite collaboration entre 2000 et 2002, nous sommes arrivés tout naturellement à la mise à disposition de notre consultation pour les étudiants. *Plusiels* constitue donc aujourd'hui une des ressources du Centre de Conseil Psychologique (CCP), du Bureau Universitaire d'Information Sociale (BUIS) ou encore de la Conférence Universitaire des Associations d'Etudiants (CUAE). Durant l'année 2003, un nombre relativement important d'étudiants (7.6% de nos consultations annuelles) provenant de l'Université de Genève, de l'IUED et des HES a fait appel à nos services.

#### **d) Réseaux Libellules et Palettes**

Ces nouveaux réseaux, organisés autour des écoles de quartier, à la manière du Réseau Meyrin, ont fait leurs premières armes en 2002. Nous avons été invités à des réunions pour expliquer notre démarche et débattre avec l'ensemble des intervenants de nos possibilités et modalités de collaboration. En 2003, des membres de notre équipe se sont déplacés pour rencontrer les plénums de ces deux réseaux et des modalités de collaboration ponctuelle ont été esquissées. Nous restons à disposition de ces partenaires en sachant que ce sont des zones sensibles du canton que nous aimerions pouvoir investir davantage.

#### **f) Groupe santé-migrants**

Devenu « réseau de soins asile », il est centré principalement sur la question de la santé psychologique et de la prévention en général auprès de la population des requérants d'asile. Ce réseau représente une expérience remarquable de synergie entre les institutions et les associations

qui travaillent dans le même domaine. En 2003, *Plusiels* était présente à toutes les séances de réflexion de ce groupe coordonné par le médecin responsable de l'Unité de médecine des voyages et migrations.

### **g) BIRD (Bureau d'Intégration des Réfugiés pour Demain)**

Rappelons que BIRD est né de la collaboration entre Caritas-Genève (secteur réfugiés) et de *Plusiels*. Ce projet a rapidement obtenu l'appui financier de la Confédération, via l'Office suisse d'aide aux réfugiés (OSAR).

Un de nos membres, travaillant simultanément à *Plusiels* et à BIRD, participe depuis 2002 aux réunions mensuelles de la Commission Nationale pour l'Intégration des Réfugiés Statutaires qui a été mise en place par l'OSAR. Tout au long de sept journées de rencontres en 2003, nous avons travaillé à l'augmentation du forfait-langue (somme allouée pour entreprendre l'étude d'une des langues nationales) pour faciliter l'intégration des nouveaux réfugiés. Nous avons également travaillé sur le rôle de l'accompagnement social et des assistants sociaux dans ce même processus.

Sur le plan cantonal, suite à plusieurs démarches auprès de la Commission d'Intégration des Etrangers du Conseil d'Etat, du BIE et du délégué spécial, M. Dominique Föllmi, nous nous sommes battus pour obtenir que les réfugiés permis B, actuellement exclus de l'accès aux emplois étatiques, en bénéficient enfin. Nous saluons bien entendu ce geste du gouvernement genevois.

Le projet continue, conscient de ces obstacles, avec néanmoins de bonnes perspectives d'avenir. Pour de plus amples informations nous vous renvoyons au rapport d'activités de BIRD site internet de l'association : [www.bird-ge.ch](http://www.bird-ge.ch)

### **h) ARFIS (Association romande femmes immigrées et santé)**

Créée en 1991 par des travailleuses sociales et de la santé, cette association a pour but d'organiser des journées de formation et d'information sur des thèmes émanant de leur pratique, de manière à améliorer les prestations offertes aux femmes immigrées. Les actes de ces colloques sont ensuite édités. Ces rencontres ont lieu tous les deux ans. 2003 a été marqué par la préparation intensive de la prochaine journée qui se tiendra le 15 mai 2004 sous le titre : »L'enjeu des couleurs «.

Deux personnes de *Plusiels* font partie d'ARFIS, l'une en est co-fondatrice et la préside. C'est à *Plusiels* qu'ont lieu les réunions de cette association. *Plusiels* prend en charge une partie du financement d'ARFIS, en rémunérant un de ses membres pour son travail dans cet important réseau romand.

## **III.2. DROITS HUMAINS**

Depuis 1995, notre association participe à toutes démarches contribuant à faire progresser la défense et la promotion des droits humains, dans le cadre de ses compétences.

### **III.2.1. Projet EPER**

Nous avons été contactés en septembre 2002, par l'EPER (Vaud) en vue d'une collaboration pour la mise en place d'un projet intitulé « Permanences volantes » concernant les femmes latino-américaines sans statut légal. En 2003, nous avons assisté à différentes réunions de ce réseau.

### **III.2.2. Défense du droit d'asile**

*Plusiels* soutient le réseau composé de 22 associations et organisations diverses organisées autour du Collectif pour la défense du droit d'asile.

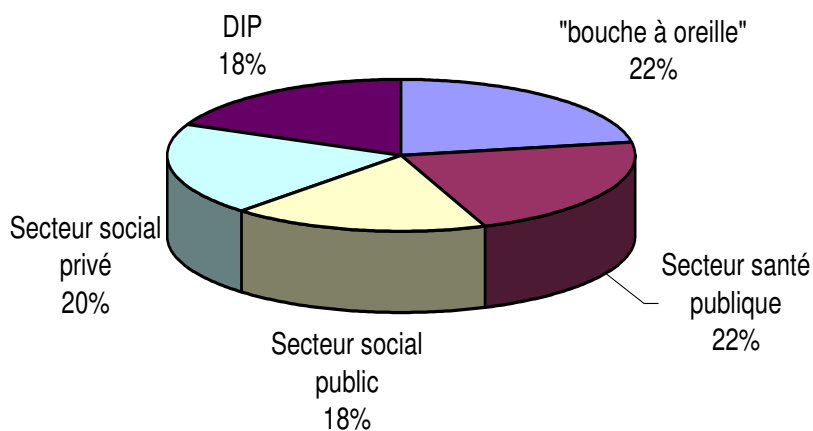
### **III.2.3. CORSAM**

Pour la cinquième année consécutive, *Plusiels* a été invitée par l'organisation non-gouvernementale CORSAM de Zurich (qui chapeaute une dizaine d'associations pacifistes en Suisse alémanique) et par Peace Watch Switzerland, à donner, à deux reprises, deux journées de cours et d'ateliers de formation à des volontaires desdites associations. Il s'agit de cours sur la situation de crise, la gestion de la peur, les stratégies de survie au niveau psychologique, cours qui comprennent des notions sur le defusing et le debriefing. Ces volontaires vont s'expatrier pour aller dans des régions de conflit où, soit la population civile, soit des défenseurs des droits de l'homme sont menacés. Ces groupes internationaux d'accompagnement et d'observation sont donc, par leur seule présence, un gage de sécurité dans ces zones conflictuelles. En 2003, 32 personnes ont assisté à ces deux journées de formation.

### **III.2.4. Prix Femmes Exilées 2003**

*Plusiels*, représentée par un membre de son équipe, fait partie du jury de ce prix décerné pour la 3<sup>ème</sup> année consécutive et participe à la préparation de la brochure, illustrée par un autre membre de l'équipe qui, lui est artiste peintre.

### III.3. NOS PARTENAIRES EN 2003



**Graphique 6** : Nos partenaires en 2003

- « **Le bouche-à-oreille** » est un « tam-tam » non négligeable qui consiste en une information constante de notre activité. Les gens qui s'en font le relais nous assurent un nombre important de consultations.
- **Secteur santé publique** : En deuxième lieu mais très rapproché, on retrouve la Policlinique de médecine et en particulier l'Unité mobile de soins communautaires et Belle-Idée, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), les SMP et le Service santé de la jeunesse (bien que rattachés au DIP), nous adressent un nombre important de patients et avec qui le travail interprofessionnel, en terme de santé, prend ici tout son sens.
- **Secteur social privé** : Les personnes qui viennent consulter nous sont envoyées par de nombreuses associations et des oeuvres d'entraide dont principalement Caritas-Genève, mais aussi le Centre de consultation pour victimes d'infractions (LAVI), le Centre Social Protestant, le Centre de Contacts Suisses-Immigrés, le Collectif des travailleurs sans statut légal, la Croix-Rouge Genevoise, SIDA-Genève, Camarada, SOS-Femmes et plusieurs foyers d'accueil pour femmes ou enfants et adolescents. Nombre de consultations proviennent également des médecins généralistes pratiquant en privé.
- **Le secteur social public** : comprend principalement les Centres d'action sociale et de santé (CASS), différents services de l'Hospice Général, la cellule d'intervention psychologique AGEPSY-Police (psychologie d'urgence), le Service de protection de la jeunesse (SPJ). Le Service du Tuteur Général, l'Office d'orientation et de formation professionnelle (OOF), l'Office cantonal de l'emploi (OCE) etc.
- **DIP** : principalement le Service de santé de la jeunesse (SSJ) ; le Service des Classes d'Accueil et d'Insertion (SCAI), des écoles primaires, le CEPTA, la SGIPA, les classes d'accueil des CO, l'Université de Genève, les HES, l'IUED etc.

## III.4. FORMATIONS

### III.4.1. Formations données

- Nous avons présenté l'activité de *Plusiels*
- aux enseignants de la SGIPA (Société Genevoise pour l'Intégration Professionnelle d'Adolescents et d'adultes) en mars 2003 et établi un dialogue sous forme de séminaire autour de la problématique de l'échec scolaire et de l'intégration.
- Au courant de l'été 2003, à la demande du Groupe Sida Genève, nous avons animé un séminaire de sensibilisation autour de la question du travail auprès des toxicomanes de différentes nationalités. Le but étant de réfléchir à la manière de gérer les situations critiques, notamment dans des lieux de distribution de matériel prophylactique à disposition de cette population.
- En août 2003, une conférence suivie d'un débat sur le thème « Les états de tristesse chez les femmes migrantes » dans le cadre du programme des permanences volantes de l'EPER (Entraide protestante). Suite à cette intervention, beaucoup de nouvelles consultations ont afflué vers notre centre.
- En septembre 2003, sur demande du service social du BIT (Bureau International du Travail) nous avons animé un atelier sur le thème « Interculturalité et stress au travail » pour leur personnel.
- Durant le même mois, un de nos collègues a donné un cours intitulé « Le travail en réseau » notamment dans l'intervention interculturelle du type urgence ou aide aux victimes, dans le cadre de la formation continue en psychologie d'urgence organisée par le Service de formation spécialisée des HUG.

### III.4.2. Formations reçues

- **Aide aux victimes** : entre 2002 et 2003, un de nos membres a fait une deuxième formation post-grade actualisée dans ce domaine donnée par la FSP (Fédération Suisse des Psychologues).
- **Formation continue en thérapie de couple et de famille** : nous avons entrepris cette formation dès novembre 2003, elle durera 3 ans jusqu'en septembre 2006. Elle organisée par la Faculté de Médecine et se déroule au Centre de Thérapie de couple et de Famille des HUG.
- Participation à différents séminaires, colloques, conférences etc. répertoriées dans le sous chapitre sur les activités psychosociales en début de cette rubrique.

## IV. PERMANENCES

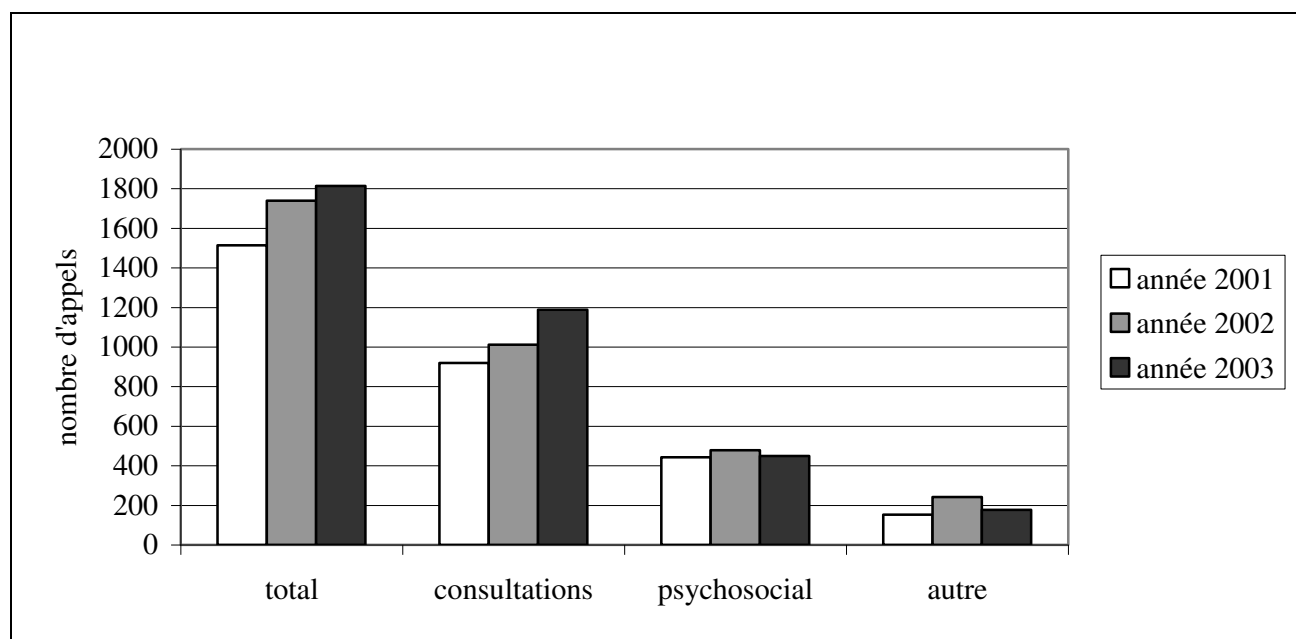
Les activités de *Plusiels* pendant les permanences sont multiples. Elles vont de l'accueil de consultants potentiels ou réels, à celui de personnes appartenant au milieu psychosocial genevois ou venant de l'étranger, en passant par des tâches administratives de plus en plus lourdes. Les communications téléphoniques n'en sont qu'un aspect, dont il ne faut pas négliger l'impact.

Le téléphone est toujours le premier lien de *Plusiels* avec l'extérieur. C'est par ce moyen que la majorité des rendez-vous sont pris (environ 4 sur 5). Cela dit, nos conversations téléphoniques ne se réduisent pas à prendre des rendez-vous ou à fournir des renseignements sur nos activités, elles donnent aussi aux patients ou aux intervenants l'occasion de s'épancher, de faire partager leurs difficultés ou de coordonner des interventions. Avec certains patients, ces échanges peuvent même se transformer en de véritables "consultations" téléphoniques, suivant l'état émotionnel de l'interlocuteur que nous avons pour politique d'accepter ne serait-ce que pour donner des informations utiles en attendant le premier rendez-vous.

En l'an 2003, *Plusiels* a comptabilisé 1813 appels téléphoniques comprenant principalement les appels reçus nombres d'entre eux impliquant une réponse de notre part qui ne se fait pas forcément depuis *Plusiels*:

- 1188 téléphones en rapport avec les consultations
- 449 appels liés au psychosocial
- 176 divers.

Ce qui donne le graphique suivant :



**Graphique 7 :** Statistiques téléphoniques 2001-2003

- **Consultations:** Le creux, moins important que les autres années, se manifeste seulement au mois d'août, car les consultations ont continué pour la plupart, malgré l'horaire réduit des permanences en juillet et en août. Le mouvement a été globalement le même en 2003 qu'en 2002

malgré une augmentation de 19% par rapport à la moyenne des appels reçus entre 2000 et 2002, cette augmentation est répartie sur les 12 mois. Les mois de janvier, mars, mai et octobre 2003 ont connu le nombre le plus élevé de contacts téléphoniques toutes catégories confondues mais plus particulièrement ceux concernant les consultations.

- En 2003, nous avons eu une moyenne mensuelle de 152 appels pour l'ensemble de nos activités dont 99 concernant les consultations, 37,5 pour la partie psychosociale de nos activités et 15,5 sont de l'ordre administratif ou privé.

	total	consultations	psychosocial	divers
année 2001	1514	919	442	153
année 2002	1739	1011	478	241
année 2003	1813	1188	449	176

Le tableau comparatif ci-dessus représente la progression moyenne annuelle des appels durant les trois dernières années.



## **L'EQUIPE CLINIQUE au 31.12.2003**

\*\*\*\*\*

Alfredo CAMELO, coordinateur psychosocial, psychologue, thérapeute d'urgence et d'aide aux victimes FSP

Ricardo CARONNI, coordinateur clinique, psychologue-psychothérapeute FSP

Sarah AIT GHEZALA-ROSSIER, psychologue diplômée FSP

Nilima CHANGKAKOTI, docteur en sciences de l'Education, psychologue FSP

Antoinette LIECHTI MACCARONE, psychologue diplômée, spécialiste en psychothérapie FSP

Alain CHARPIOT, médecin généraliste FMH

Xanthoula DALAKAKI, psychiatre FMH

## **MEMBRES DU COMITE**

\*\*\*\*\*

Bertrand COTTET, anthropologue, photographe, nouveau président de l'association  
*Pluriels*

Maître François MEMBREZ, président sortant de l'association *Pluriels*

Maryelle BUDRY, psychologue FSP

Alfredo CAMELO, psychologue FSP

Marie-Andrée CIPRUT, ex-responsable clinique, psychologue FSP

Jean-Claude GENECAND, ex-député

Dr Gilles GODINAT, psychiatre FMH

Jeannine de HALLER, députée, conseillère administrative à Carouge, psychologue FSP

Franca ONGARELLI LOUP, travailleuse sociale

\*\*\*\*\*

***Pluriels* travaille également avec une équipe de traducteurs professionnels.**

\*\*\*\*\*

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier sincèrement les communes, associations, institutions et personnes qui ont répondues présentes à notre appel d'aide extraordinaire de fin 2003 :

Les communes de :

Meyrin  
Chêne-Bougeries  
Carouge  
Vernier  
Bardonnex  
Meinier

ACOR, Association Romande Contre le Racisme  
La Communauté Chrétienne Latino-Américaine  
Centre de Contact Suisse-Immigrés  
L'Université de Genève

Colette Simonet  
Monique Boget  
Ann Avery  
Patricia Nikles  
Elisabeth Rinza  
Barbara Urtasun  
Fernando Rivera  
Claudine Jeannet  
Mana Maurer  
Annie et Jacques Mino  
Véronique Nanchen  
Daniel Dind  
Elaine Petitat-Cote  
Jean-Pierre Zurn  
Katja Bisetti  
Michel Dokic et Danielle Jeanrenaud-Dokic  
Gérald Theler  
Claudio Bolzman  
Zlata Kudra  
Christiane Perregaux  
René Cruse  
Anne-Marie Barone  
Gabrielle Pilet Decorvet

## Bilan au 31 décembre 2003

	<u>2003</u>	<u>2002</u>
	Fr.	Fr.
<b><u>Actif</u></b>		
<b><u>Actif circulant</u></b>		
<u>Liquidités</u>		
Caisse	50.50	84.85
Banque, BCGe	22 456.60	33 120.85
Banque, BCGe, comptes bloqués loyer	6 674.20	6 664.50
Chèques postaux	2 595.09	25 112.91
	<u>31 776.39</u>	<u>64 983.11</u>
<u>Autres actifs circulants</u>		
Impôt anticipé à récupérer	397.93	663.00
Frais à récupérer	5 783.70	0.00
	<u>6 181.63</u>	<u>663.00</u>
<b>Total de l'Actif circulant</b>	<u><b>37 958.02</b></u>	<u>65 646.11</u>
<b><u>Immobilisations</u></b>		
Mobilier	<u>1 107.60</u>	
<b>Total de l'immobilisations</b>	<u><b>1 107.60</b></u>	
<b>Total de l'Actif</b>	<u><b>39 065.62</b></u>	<u>65 646.11</u>
<b><u>Passif</u></b>		
<b><u>Fonds étrangers</u></b>		
<u>Dettes à court terme</u>		
Frais dus au 31 décembre	25 782.60	47 983.15
Subvention 2004 reçue d'avance Ville de Genève	9 000.00	0.00
Prêt de Caritas	15 000.00	0.00
	<u>49 782.60</u>	<u>47 983.15</u>
<u>Provisions</u>		
Subvention non utilisée Loterie Romande	<u>18 459.95</u>	<u>22 596.90</u>
<b>Total des Fonds étrangers</b>	<u><b>68 242.55</b></u>	<u>70 580.05</u>
<b><u>Fortune (découvert)</u></b>		
Report d'excédents des exercices précédents	(4 933.94)	11 582.60
Excédent de recettes ( dépenses ) de l'exercice	<u>(24 242.99)</u>	<u>-16516.54</u>
<b>Total de la Fortune (Découvert)</b>	<u><b>(29 176.93)</b></u>	<u>(4 933.94)</u>
<b>Total du Passif</b>	<u><b>39 065.62</b></u>	<u>65 646.11</u>

## Comptes de Recettes et Dépenses 2003

### Recettes

	<u>2003</u>		<u>2002</u>
	Fr.	Fr.	Fr.
Subvention fonctionnement DASS	200 000.00		180 000.00
Subvention ville de Genève	15 000.00		27 500.00
Subvention Commune de Meyrin	24 000.00		34 000.00
Honoraires versés par consultants	11 815.50		9 592.50
Cotisations des membres	1 740.00		1 910.00
Dons et autres attributions	4 595.00		110.00
Produits financiers et divers	1 741.95		6 647.92
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Total des Recettes</b>	<b>258 892.45</b>		<b>259 760.42</b>

### Dépenses

Salaires bruts y compris interprètes	207 273.45	304 830.50	
AVS et chômage	17 383.71	25 650.70	
Prévoyance professionnelle	8 127.60	15 681.50	
Autres frais de personnel	2 400.00	2 400.00	
Assurances	4 855.70	3 915.00	
Frais récupérés	0.00	<b>(140 246.00)</b>	
	<hr/>	<hr/>	
<b>Total frais de personnel nets</b>	<b>240 040.46</b>		<b>212 231.70</b>
Loyers et charges	31 020.45		30 100.10
Frais de téléphone	4 128.62		1 910.30
Frais de PTT et frais bancaires	1 331.21		1 165.50
Imprimés, photocopies	1 467.35		1 210.85
Frais de bureau et fournitures	1 540.70		1 700.70
Frais d'informatique	7 445.40		22 884.95
Manifestations, réceptions, comités	1 630.25		10 090.30
Frais de supervision	3 550.00		2 197.75
Frais divers Meyrin	1 408.20		2 250.00
Frais de formation et de congrès	3 715.35		2 348.20
Frais divers et imprévus	3 482.80		1 070.51
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Total des dépenses</b>	<b>300 760.79</b>		<b>289 160.86</b>

### Résultat

<b>Excédent de recettes (dépenses)</b>	<b>(41 868.34)</b>	<b>(29 400.44)</b>
Charges récupérées sur 2002	13 488.40	5 037.95
à ajouter utilisation subvention loterie romande	4 136.95	7 845.95
	<hr/>	<hr/>
<b>Excédent net de l'exercice</b>	<b>(24 242.99)</b>	<b>(16 516.54)</b>