

Intervention spécifique à la migration

Intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances

Implications pour la pratique

Implications pour la pratique

Une publication d'Infodrog

info
coordination intervention suisse
drog

coordination intervention suisse

Impressum

Editeur

Infodrog
Centrale nationale de coordination des addictions

Rédaction

Marianne König Setiadi
Aline Bernhardt Keller

Lectorat

Cristina Monterrubio Leu

Traduction

Dominique H. Jenni, Lausanne

Conception graphique

Susanne Walker, visu'I AG, Berne

Adresse de commande

Infodrog
Eigerplatz 5, case postale 460, 3000 Berne 14
Tél. 031 376 04 01
Fax 031 376 04 04
office@infodrog.ch
www.infodrog.ch

© Infodrog 2009

ISBN: 978-3-9522791-6-8

Contenu

1	Avant-propos	2
2	Introduction	4
3	Compétence transculturelle	9
4	Communication et travail relationnel	12
5	Travail avec des interprètes	16
6	Anamnèse	19
7	Transculturalité et dépendance	23
8	Processus de guérison	29
9	Approche systémique	33
10	Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité	36
11	Thérapie à l'étranger	39
12	Enfants – Jeunes – Parents	42
13	Travail avec les familles	48
14	Collaboration avec les communautés de migrant(e)s	54
15	Réseaux sociaux	56
16	Femmes et prostitution	59
17	Service social	63
18	Bases juridiques : droit de la migration – sécurité sociale	66
19	Ancrage institutionnel et Qualité	75
20	Auteurs	80
21	Références bibliographiques	82

1

Avant-propos

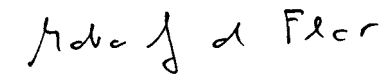
Si la migration est un phénomène des plus prégnants, en découlent deux des principaux défis de notre temps : l'intégration et l'égalité des chances de la population migrante et de leur descendance dans le pays d'accueil. Défis qui se posent aussi en termes de santé publique et de soins médicaux, y compris dans le domaine des dépendances.

Tant du côté public que privé, diverses initiatives visent déjà à faciliter l'accès des personnes migrantes aux offres d'aide et à renforcer la compétence transculturelle des professionnel(le)s. Au niveau national, une stratégie fédérale « Migration et santé » – dont la 2^e phase se déroule depuis 2008 – a été lancée par l'Office fédéral de la santé publique en 2002, en collaboration avec les Offices fédéraux des réfugiés ainsi que de l'immigration, de l'intégration et de l'émigration (aujourd'hui réunis au sein de l'Office fédéral des migrations ODM), et avec la Commission fédérale des étrangers (aujourd'hui Commission fédérale pour les questions de migration CFM). Cette stratégie comporte diverses mesures dans les domaines de la promotion de la santé et la prévention, de la formation permanente et continue en santé publique, des soins médicaux et de la recherche ; un accent tout particulier étant mis sur l'ancre d'une égalité des chances en faveur des migrant(e)s dans les structures ordinaires (mainstreaming).

La présente publication d'Infodrog sert aussi ce but. Si l'étude « Migration et drogue » réalisée en 2000 sur mandat de l'OFSP et la brochure qui en a résulté, « L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique » de Dagmar Domenig, s'adressaient principalement aux institutions (dans l'optique d'une ouverture transculturelle de leur part), ce manuel vise directement les professionnel(le)s. Ils et elles doivent y

trouver des indications utiles à leur pratique quotidienne avec une clientèle issue de la migration et des incitations à réfléchir aux problèmes et ressources spécifiques de ces personnes. Il ne faut pas s'attendre à cet égard à des approches totalement nouvelles ou différentes. Il s'agit plutôt d'ouvrir, d'affiner et d'utiliser de manière flexible les offres, méthodes et concepts existants – au sens du mainstreaming évoqué plus haut et de la compétence transculturelle – de telle manière qu'ils puissent être pertinents et garants du succès pour l'ensemble de la clientèle. Inversement, cela signifie qu'ils sont également valables pour les client(e)s suisses. Les institutions qui développent leur offre de manière à l'adapter à la population migrante (c.-à-d. basent leur travail sur l'approche de la compétence transculturelle) constateront qu'il s'ensuit un effet de synergie et une amélioration de la qualité de leur travail avec la clientèle suisse.

C'est aussi en ce sens que j'aimerais encourager toutes les institutions à œuvrer en faveur d'une ouverture à la transculturalité, à ancrer celle-ci et à accorder une attention toute particulière aux besoins de leur clientèle migrante. J'espère que cette publication d'Infodrog pourra y contribuer.



Dr Andrea Arz de Falco
Vice-directrice
de l'Office fédéral de la santé publique OFSP
Responsable de l'Unité de direction Santé publique

2

Introduction

Cet ouvrage, publié par Infodrog, rassemble des textes contenant des notes explicatives, des suggestions ainsi que des réflexions utiles pour le travail au quotidien avec les personnes migrantes dans le domaine des dépendances. Ces textes proviennent de professionnel(le)s travaillant dans différents domaines et ayant une longue expérience de travail avec la population migrante.

La nécessité d'un tel ouvrage

La majorité des institutions suisses spécialisées dans les dépendances comptent parmi leur clientèle une proportion plus ou moins importante de personnes issues de la migration, avec leurs besoins et leurs ressources souvent bien spécifiques. Parmi ces institutions, quelques-unes ont volontairement adapté et ouvert leur offre à ce groupe-cible, alors que dans d'autres un tel soutien spécifique dépend des connaissances et de l'expérience personnelle des collaborateurs(trices).

Dans le cadre de son mandat, Infodrog s'est vu confier la mission de soutenir les offres adaptées aux personnes migrantes dans le domaine des dépendances et de contribuer à sa diffusion et à l'amélioration de sa qualité. Le présent ouvrage est conçu comme faisant partie de ce travail. Il s'agit d'un outil pratique comportant des indications concrètes et utiles pour le travail au quotidien avec la population migrante. Cet outil sert à sensibiliser les professionnel(le)s aux différents aspects du travail avec une clientèle issue de la migration mais ne prétend pas à l'exhaustivité.

Par client(e)s issu(e)s de la migration, on entend ici toute personne qui a elle-même ou dont les parents ou grands-parents ont immigré en Suisse.

Le groupe de projet

Afin de bénéficier d'un large soutien du terrain et de pouvoir recueillir les connaissances de divers domaines, un groupe de projet a été constitué avec des membres de secteurs d'aide, de professions et de régions de Suisse les plus divers. En faisaient partie :

- Anne Ansermet Pagot, Fleur de Pavé, Lausanne.
- Osman Besić, Croix-Rouge Suisse / migesplus, Wabern.
- Umberto Castra, Contact Netz, Jugend-, Eltern- und Suchtberatung, Berne.
- Nelson Feldman, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Service d'abus de substances, Genève.
- Pablo Sanchez-Mazas, Association Appartenances, Genève.
- Eliane Schnellmann, Institut für Sozialtherapie, Egliswil.
- Gianni Tiloca, Beratungsstelle für Drogenprobleme (BSD), ipw, Winterthur.
- Enrico Tolotti, Service Social Régional de la Prévôté, Moutier.
- Safija von Beg, Gesundheitsamt des Kantons Zug – Suchtberatung, Zug.

La direction de ce groupe de projet a été assumée par Infodrog, plus précisément par Marianne König Setiadi, Aline Bernhardt Keller et Cristina Monterrubio Leu.

Cinq séances tenues en 2008 ont d'abord permis de procéder à des échanges et à des discussions sur des expériences de toutes sortes dans le domaine « migration et dépendance », puis de structurer le manuel et ses divers thèmes. Si plusieurs chapitres ont été élaborés en commun durant les séances, la plus grande partie l'a été cependant individuellement par les membres du groupe de projet. Le chapitre consacré aux questions de droit est dû à Attiya Sheikh, avocate au sein de l'étude Kanonengasse à Zurich. Rut Brunner Zimmermann (ipw, Winterthur), Andrea Kromer (Mädchenprogramm jumpina) et Mehmet Ertogrul (Jugendprogramm Jump Winterthur) ont travaillé à la thématique « Enfants – Jeunes – Parents ». Pour le thème « Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité », Isabelle Soullignac (HUG, Genève) a également apporté sa contribution. La mise en forme rédactionnelle finale a été assumée par Infodrog.

Les directives aux auteurs

Il ne leur était pas demandé de mener des études exhaustives mais de traiter les thèmes choisis à travers de brefs textes orientés sur la pratique, les tenants et aboutissants se voyant limités au strict nécessaire. Le but étant de réunir, de manière concise, des indications et des positions sur des problèmes concrets comme en rencontrent quotidiennement les professionnel(le)s.

Ces contributions devaient avoir pour fondement la perspective de la compétence transculturelle, qui évite en particulier de culturaliser problèmes et ressources. Divers aspects transversaux, nécessairement pris en considération dans toutes les contributions, sont devenus au fil du travail des thèmes (Enfants – Jeunes – Parents, Ancrage institutionnel et Qualité) ou se sont révélés trop peu significatifs ou trop spécifiques pour être traités comme tel.

Les auteurs n'avaient donc pas la tâche facile et leur mission était même proprement paradoxale : tenant compte des univers individuels de vie des client(e)s, au sens d'une approche transculturelle, ils ou elles devaient fournir de brèves indications et pistes générales (qui devaient à leur tour être elles aussi concrètes). Etant entendu que les auteurs sont inscrits dans des contextes professionnels, méthodologiques et personnels qui leur sont propres.

Une des difficultés (omniprésente avec ce thème) consistait à délimiter la problématique et le groupe-cible, soit les « client(e)s issu(e)s de la migration ». Ce concept complexe et sujet à clarification prouve à lui seul – de même que d'autres termes techniques tels que « spécifiques à la migration », « adapté aux migrant(e)s » – que ni le groupe-cible ni les moyens ou objectifs spécifiques ne peuvent être très précisément définis. En effet, lorsqu'est choisie pour base de travail l'approche de la compétence transculturelle, les personnes migrantes finissent par disparaître dans la « foule anonyme » de l'ensemble de la clientèle avec leur condition très personnelle. Et dans la masse se délitent aussi les approches ou méthodes spécifiques à la migration. D'un autre côté, la migration et les forces et problèmes qui s'y rattachent sont pourtant aussi une réalité... Autre paradoxe !

Les textes

Ce paradoxe et l'exercice d'équilibre qui en résulte sont en partie perceptibles dans les différents chapitres de ce manuel et bien des choses s'appliquent non seulement aux personnes migrantes mais à l'ensemble de la clientèle. Les thèmes sont abordés parfois de manière très différente, certains textes étant plus philosophiques alors que d'autres sont très structurés et pragmatiques.

Les textes produits ne défendent aucune « doctrine » et ne présentent pas un style uniforme. Même après avoir subi retouches et aménagements rédactionnels, ils témoignent encore des approches et expériences individuelles de leurs divers auteurs. De ce fait, les chapitres (ainsi que celles et ceux qui les ont rédigés) sont eux-mêmes de parfaits représentants, dans leur diversité, de la thématique de cet ouvrage.

Si quelques contributions reflètent l'optique d'un domaine particulier de l'aide aux personnes dépendantes (bas seuil, ambulatoire, résidentiel), nombre d'éléments se laissent néanmoins aisément transposer dans les autres domaines.

Les divers chapitres pouvant être lus plus ou moins indépendamment les uns des autres comme des textes autonomes, s'ensuit un certain nombre de recouvrements et de répétitions. C'est ainsi que le thème des « Parents » apparaît dans le chapitre consacré à la communication, dans le chapitre « Enfants – Jeunes – Parents » ainsi que celui du « Travail avec les familles ».

En décrivant les problématiques des client(e)s, les exposés font naturellement avant tout mention des facteurs de risque et des charges inhérents à la migration. Aussi importe-t-il de ne pas oublier l'autre versant de la migration : les forces, le talent d'organisateur, l'initiative, la flexibilité, la cohésion familiale et les espoirs nécessaires pour quitter son domicile, rompre avec la terre de ses ancêtres, partir dans un autre pays et entreprendre d'y reconstruire une nouvelle vie. Ce sont ces ressources qui doivent, entre autres, être mises en évidence et renforcées.

Nous espérons que ce manuel, au travers de ses divers chapitres, se révélera utile dans la pratique de l'aide aux personnes dépendantes, qu'il soutiendra les professionnel(le)s dans la prise de décision et dans leur travail avec les client(e)s. Il aura également atteint son but s'il incite à

débatte de cette thématique et sensibilise aux besoins et ressources des personnes ayant fait elles-mêmes ou dans leur famille l'expérience de la migration.

Remerciements

Notre gratitude la plus vive va aux auteurs et membres du groupe de projet, pour leur disponibilité à collaborer, leur engagement vivant et critique au sein du groupe et bien sûr pour leurs textes. Un grand merci aussi à Dominique H. Jenni pour ses traductions, à Martin Reck pour les recherches bibliographiques ainsi qu'à Susanne Walker de visu'! AG pour la conception graphique.

Infodrog

3

Compétence transculturelle

Le concept de la compétence transculturelle est à la base du travail avec la population migrante dans le domaine des dépendances. Éviter une attitude culturalisante et au contraire donner la priorité à l'individu avec son histoire personnelle est le gage d'une intervention spécifique à la migration de qualité.

Définition

La compétence transculturelle se définit comme la « capacité de saisir et de comprendre les modes de vie individuels dans une situation particulière et dans divers contextes et d'en faire découler des actions correspondantes et adaptées » (Domenig, 2007). Pour ce qui est de l'émergence d'un comportement dépendant ainsi que des conseils ou du traitement, cette définition implique qu'un comportement « culturellement typique » est moins significatif, venant de client(e)s issu(e)s de la migration, que leurs expériences de vie individuelles et leurs traits de caractère.

L'interprétation de l'apparition ou de l'évolution d'une dépendance est donc à rechercher au-delà des représentations et images véhiculées par la société ou les médias, lesquelles visent avant tout à établir une distinction entre « nous » et « eux ». La dévalorisation qui en découle implique en règle générale de « nous » identifier à la modernité et au progrès et de les identifier « eux » au traditionalisme et à la régression. Le concept de compétence transculturelle brise cette dichotomie.

Interaction et facteurs individuels

L'interaction est donc au centre d'un suivi impliquant cette compétence transculturelle, les professionnel(le)s se trouvant en permanence pris

dans un processus de négociation avec leur clientèle. L'histoire personnelle de chaque client(e) est unique (y compris dans le contexte de la migration), chacun(e) étant diversement marqué(e) par des conditions et facteurs individuels, familiaux et socio-économiques. Réduire une personne à sa nationalité ou à son appartenance religieuse et, ce faisant, méconnaître d'autres facteurs souvent bien plus importants, constitue un manque de professionnalisme. Diverses études ont montré que ce n'est pas tant la « culture » ou l'expérience migratoire en soi qui sont des déterminants essentiels de la santé des populations migrantes, mais bien plus leur statut socio-économique et les conditions de vie qui en découlent (Meyer, 2009).

Les bases de la compétence transculturelle

La compétence transculturelle repose sur trois piliers : l'autoréflexion, l'empathie et le savoir respectivement l'expérience (Domenig, 2007). Le savoir et l'expérience ne suffisent pas et ce n'est que par une réflexion permanente sur sa propre attitude, par la conscience de ses propres traits de caractère et la curiosité à l'égard d'autrui que pourra se développer une interaction fructueuse.

Compétence thérapeutique et transculturelle

On affirme souvent que la compétence « thérapeutique » comporterait en soi une compétence transculturelle. On argumente qu'empathie, acceptation et capacité relationnelle figurent au premier plan de tout setting thérapeutique et seraient en soi dénuées de toute connotation culturelle, de sorte que des connaissances spécifiques en matière de compétence transculturelle seraient superflues. De bonnes compétences thérapeutiques constituent de fait une importante condition préalable à une compétence transculturelle. Un manque de compétence transculturelle peut pourtant faire que, confronté à un comportement « étranger », on adopte sans les remettre en question des conduites stéréotypées et qu'empathie et capacité relationnelle se voient déclarées sans valeur. Plutôt que d'envisager d'élargir et d'adapter le répertoire méthodologique d'un processus de conseil ou d'un setting thérapeutique, on va parler d'étrangers(ères) et de l'étranger. Or des professionnel(le)s transculturellement compétent(e)s seront capables de remettre en question des comportements dits « étrangers » et d'agir

en tenant compte tant de la situation que du contexte. Il n'existe pas de client(e) « objectivement » étranger(ère), mais uniquement une manière subjective d'appréhender l'étranger.

Compétence transculturelle de l'institution

Il ne pourra y avoir de véritable compétence transculturelle que si l'institution tout entière s'oblige à respecter ce principe. Sinon, les professionnel(le)s transculturellement compétent(e)s se retrouveront rapidement marginalisé(e)s. De plus, du fait qu'une compétence transculturelle doit être encouragée au plan individuel, elle doit aussi être intégrée et ancrée dans les structures de l'institution. Elle doit devenir une compétence propre à tous et toutes les collaborateurs(trices), de la direction au secrétariat et à l'accueil sans oublier que la clientèle elle-même devrait avoir les moyens d'acquiescer cette compétence.

L'approche de la compétence transculturelle constitue également le fondement des chapitres suivants de ce manuel.

4

Communication et travail relationnel

La communication est l'élément clé du travail dans le domaine des dépendances. Il ne s'agit pas uniquement ici de langage verbal ou de connaissances linguistiques (suffisantes ou non), mais bien de l'établissement d'une véritable relation.

Travail relationnel

Qu'une relation de qualité entre professionnel(le)s et client(e)s soit une condition essentielle à la réussite d'une intervention est un fait abondamment souligné, en particulier à propos du travail auprès de la population migrante. Cela peut notamment signifier qu'institutions et professionnel(le)s devront faire preuve de flexibilité dans l'application des règles établies. Le ou la professionnel(le) devra aussi se montrer prêt(e) à céder un peu du pouvoir et des certitudes que lui confère son statut d'expert(e); il ou elle doit se faire à l'idée que son travail ne se réduit pas à l'espace thérapeutique. Travailler sur la base de la relation implique aussi qu'on n'y mettra pas fin sans motif, autrement dit qu'on devrait éviter de changer de thérapeute ou de personne de référence.

Communication vers l'extérieur

Dans le cadre de leur activité de relations publiques, les institutions doivent décider si elles veulent fournir des informations (flyers, Internet) multilingues et, si oui, dans quelles langues. Pour les offres résidentielles particulièrement, il est important de travailler en réseau avec les services d'orientation afin de les faire connaître – par exemple, aux moyens de posters ou de flyers – tant aux dits services qu'à leur clientèle. A cet égard, des contacts étroits avec les médecins de famille sont essentiels.

Les limites des prestations offertes par l'institution doivent également être clairement communiquées, par exemple qu'il n'est pas possible de fournir des informations ou une aide d'une manière permanente dans toutes les langues.

Première prise de contact

Les premiers contacts et entretiens sont souvent décisifs pour l'établissement d'une bonne communication et de bonnes relations. Il convient donc de leur accorder une attention toute particulière. Fréquemment, les parents (souvent les mères) sont les premiers à prendre contact avec une institution d'aide, dont le secrétariat, étant leur premier interlocuteur, devrait si possible être polyglotte. Lors du premier téléphone, il faut en outre éviter que plusieurs professionnel(le)s interviennent successivement.

Admission

La procédure d'admission devrait être brève et assortie d'un minimum de formalités. Importante, une communication avec beaucoup de souplesse permettra de délivrer les client(e)s de leurs angoisses, de les rassurer et de les orienter. La procédure d'admission dans les hôpitaux en est un bon exemple; elle n'est pas consacrée qu'au problème de santé proprement dit.

Premier entretien avec un ou une professionnel(le)

Le premier contact entre client(e)s ou famille et thérapeute/personne de référence n'attend souvent pas l'entretien formel d'admission, mais a lieu de manière informelle déjà avant. Ce peut être par exemple une rencontre fortuite avec le ou la client(e) lors de son arrivée dans l'institution ou un contact téléphonique avec des parents qui, le soir de l'entrée de leur enfant dans l'institution, demandent comment va leur fils ou leur fille. De telles rencontres ou discussions informelles sont importantes et représentent de bonnes occasions pour préparer le ou la client(e), ainsi que ses proches, à son entrée. De l'attention et une discussion informelle aident à réduire blocages, incertitudes et craintes et à établir de bonnes relations. Ainsi, tout le personnel (secrétariat/accueil, référents/thérapeutes) doit être sensibilisé à l'importance, pour des nouveaux venus souvent sur la réserve, d'être accueillis aimablement et activement intégrés.

Un accueil chaleureux est également capital lors de l'entretien d'admission proprement dit. Etablir une relation de confiance exige des professionnel(le)s qu'ils ou elles conjuguent compétence professionnelle et familiarisation. Des formalités telles que remplir des formulaires devraient être évitées comme entrée en matière et l'entretien ne pas être surchargé par trop d'informations. Il est néanmoins important de communiquer ce qui est possible dans l'institution et où se situent les limites.

Afin que ce premier entretien n'aboutisse pas à un sentiment d'insatisfaction ou à un échec du fait de difficultés et de malentendus purement linguistiques, il devrait s'effectuer, si nécessaire, avec l'assistance d'un ou d'une interprète professionnel(le).

Conception de la dépendance et de la guérison

Pour ce qui est des contenus de la communication, l'ajustement mutuel des représentations de la dépendance et de la guérison est indispensable au processus thérapeutique ou de conseil. A cet égard, des influences culturelles ou des expériences faites par les client(e)s avec le système de soins de leur pays d'origine peuvent être significatives.

La dépendance ne sera, par exemple, pas tenue pour une maladie mais pour une faiblesse personnelle. Et même acceptée en tant que maladie, le processus de guérison peut être compris comme une « réparation » (par les professionnel(le)s ou les médicaments). Des résultats immédiats sont alors attendus des médecins et autres thérapeutes – souvent considérés comme omniscients et omnipotents. En outre, le concept d'une guérison acquise au prix d'un travail personnel sur soi-même peut être étranger à une certaine clientèle.

Parler de soi

Il en va de même du processus psychologique – centré sur le vécu intérieur de la personne – à la base de cette approche de la guérison, processus avec lequel les hommes en particulier ont fréquemment des problèmes. Ils redoutent en effet parfois de se couvrir de honte vis-à-vis de leurs amis et compatriotes et cherchent ainsi à donner une image qu'ils jugent appropriée. Aussi est-il fréquent qu'interrogé(e)s sur leurs représentations et besoins, les client(e)s ne puissent pas répondre d'emblée. Reconnaître et verbaliser des besoins ne sera possible que dans une phase postérieure et fera partie du processus thérapeutique et de guérison. Plutôt que de

poser des questions ouvertes, il est donc souvent préférable – y compris dans le cours ultérieur de la thérapie ou du conseil – de faire soi-même des propositions, c.-à-d. de procéder de manière directivo-empathique. Non seulement cela permet de clarifier les choses et de transmettre des compétences, mais le processus est de surcroît contrôlable.



5

Travail avec des interprètes

Des compétences linguistiques lacunaires rendent difficile voire impossible la communication entre professionnel(le)s et client(e)s et impliquent le recours à un ou une interprète. L'objectif est d'obtenir une communication claire dénuée de tout malentendu linguistique, sans pour autant perturber le cadre thérapeutique et la relation entre professionnel(le) et client(e).

Interprètes professionnel(le)s

Hormis certains cas bien particuliers où il s'agit de ne transmettre que des informations purement objectives, on ne devrait engager que des interprètes professionnel(le)s, si possible certifié(e)s, et ni des proches ou des connaissances des client(e)s, ni des personnes travaillant dans l'institution. Surtout, les enfants ne doivent en aucun cas servir d'interprètes.

Les interprètes qualifié(e)s sont attentifs(ves) dans leur travail aux aspects culturels et sociaux et peuvent en conséquence apporter des informations pour favoriser la compréhension entre les participant(e)s.

Soutien institutionnel

Faire appel à un ou une interprète implique des frais ainsi que des efforts supplémentaires de la part des professionnel(le)s. Aussi doivent-ils ou elles être soutenu(e)s par la direction via des règles institutionnelles claires sur l'engagement d'interprètes. En plus d'instructions pratiques et d'une formation continue, cela comprend notamment la gestion d'une liste constamment actualisée d'interprètes professionnel(le)s ou la collaboration avec des services professionnels d'interprétariat. Ainsi sera-t-il possible, en cas d'urgence, de disposer rapidement d'un ou d'une interprète.

S'exprimer dans sa langue maternelle

L'assistance d'interprètes ne rend pas seulement possible la compréhension mutuelle au niveau linguistique, mais elle permet à la clientèle de s'exprimer dans sa langue maternelle et favorise par là l'expression de son état et de ses sentiments intérieurs. Aussi se révèle-t-il parfois opportun de recourir à des interprètes même pour des migrant(e)s qui maîtrisent relativement bien la langue française dans la vie de tous les jours.

Modification de la situation d'entretien

La collaboration d'un ou d'une interprète modifie la constellation thérapeutique. La relation duelle entre professionnel(le) et client(e) est rompue et l'intimité de l'entretien s'en trouve modifiée, aussi subtil et neutre que puisse être l'interprète. Le ou la professionnel(le) peut également se sentir contrôlé(e) dans une telle situation.

Selon les interprètes, la traduction comprendra plus ou moins de composantes culturelles et la part de subjectivité, d'intuition et d'émotion jouera un rôle plus ou moins important. Dans ce contexte, il convient de veiller à éviter des « alliances » entre deux personnes.

La traduction prend du temps, temps qui doit être inclus dans la planification de l'entretien. De surcroît, le flux de la discussion étant sans cesse interrompu, une concentration et une patience accrues de tous et toutes les participant(e)s sont requises.

Indications pratiques

Avant leur premier entretien, le ou la professionnel(le) expliquera à son ou sa client(e) les principes régissant la collaboration d'interprètes : respect du secret professionnel et neutralité à tous égards. L'accord du ou de la client(e) doit être acquis ; cas échéant, cet accord sera renouvelé lors de nouvelles interventions de l'interprète comme aussi, en cours d'entretien, lors de situations particulières. Il peut faire l'objet d'un document écrit et signé par les trois parties. Même si l'interprète fait preuve de neutralité, il faut être attentif aux répercussions du genre, de la nationalité ou du groupe d'appartenance de celui-ci.

Il peut être utile de donner connaissance à l'avance du contenu approximatif et des objectifs de l'entretien à l'interprète. Par ailleurs, il est judi-

cieux de collaborer constamment avec le ou la même interprète, cela permettant de réduire l'investissement en temps et ayant un effet positif sur l'atmosphère, l'intensité et la continuité de l'entretien. Un langage simple et clair de la part du ou de la professionnel(le) facilitera également la traduction. Ce qui est dit doit l'être explicitement ; en d'autres termes, il ou elle ne doit pas déléguer inconsciemment la responsabilité de transmettre certains contenus à l'interprète.

Enfin, il peut se révéler utile de recourir à des moyens auxiliaires dans la langue des migrant(e)s pour faciliter la communication sur certains thèmes délicats (p. ex. brochures de prévention du sida, de l'hépatite C, etc.).

Pour informations

L'interlocuteur privilégié pour tout renseignement ou information sur la traduction interculturelle est Interpret, l'Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle. Son site Web (www.inter-pret.ch) fournit des définitions et des arguments sur la traduction interculturelle, des indications sur la manière de mener un entretien, un registre des services professionnels d'interprétariat et d'interprètes certifié(s), ainsi qu'une bibliographie et de précieux liens.

6

Anamnèse

Les individus ont une compréhension de la santé et de la maladie qui est marquée du sceau de l'histoire et de la culture. Elle se forme dans un contexte social donné. L'échange, entre migrant(e)s et professionnel(le)s, de leurs représentations respectives sur l'origine de la maladie et la guérison est donc très important. A cet égard, il faut donc être sensible à l'importance de la langue dans l'évaluation et la présentation de symptômes. Ce qui est écrit ci-après sur l'anamnèse est en grande partie également valable pour la thérapie, en particulier dans l'approche selon laquelle l'anamnèse constitue déjà un processus thérapeutique.

Autoévaluation et évaluation par des tiers

Les migrant(e)s dépendant(e)s ont souvent un grand besoin de conformité, d'appartenance et présentent un degré élevé de faculté d'adaptation. A l'utilisation d'instruments cliniques de diagnostic (SKID I/SKID II/SKID D¹), nous constatons, expérience faite, un écart entre l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers. L'autoévaluation montre souvent une surestimation de la capacité de contrôle par rapport à sa propre consommation. Les procédures standardisées ne sont donc pas toujours pertinentes dans la recherche de troubles psychiques ou de la personnalité, les systèmes modernes de diagnostic ne comportant souvent aucun paramètre sensible à la culture.

¹ SKID I & II : strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. (Interviews cliniques structurées pour le DSM IV). Batterie de tests « pouvant être utilisés chez des patients présentant des troubles psychiques traités ambulatoirement ou résidentiellement », publiée par Hogrefe Verlag, maison d'édition spécialisée allemande leader dans le domaine de la psychologie et domaines annexes : cf. www.testzentrale.de/?mod&id=373 (n. d. t.).

Or, le statut social exerce une influence directe sur la santé psychosociale. La santé d'un individu est en particulier étroitement liée à la qualité et à l'ampleur de ses réseaux sociaux. C'est pourquoi on peut accepter par exemple dans certaines situations une motivation externe pour suivre une thérapie (p. ex. « Je veux suivre une thérapie pour faire plaisir à ma famille, pour la décharger »). Tous ces facteurs doivent donc être pris en compte dans l'anamnèse.

Objectif visé : une histoire globale de la maladie

L'objectif est d'établir une histoire globale de la maladie. Cela signifie qu'en plus du diagnostic clinique, l'anamnèse prendra également en considération les paramètres sociaux de la santé : statut social, réseaux sociaux, soutien social, stress social et sexe social².

Les professionnel(le)s doivent avoir la capacité d'appréhender les réalités individuelles de leur clientèle, de modifier leurs perspectives et d'encourager des processus de compréhension mutuelle. Ils éviteront les interprétations culturalisantes et les erreurs d'interprétation qui font que des représentations et comportements incompréhensibles ou problématiques de la part de client(e)s se voient imputés à des particularismes culturels. Des modèles spécifiques à la migration dans la pathogenèse et la maîtrise de la maladie doivent pourtant être reconnus et les ressources significatives des individus concernés mises en valeur.

Finalement, il s'agit de faire en sorte que les client(e)s comprennent et maîtrisent mieux leur situation, leurs problèmes de santé et leur potentiel de développement et soient en mesure de définir eux-mêmes et elles-mêmes la voie qu'ils ou elles veulent emprunter.

² Sexe social : par opposition au sexe génétique, conditionné par des paramètres génétiques, le sexe social renvoie aux représentations, tâches, fonctions et rôles attribués aux femmes et aux hommes, dans la société en général et dans leur vie publique et privée (cf. Eichler, Fuchs, Maschwesky-Schneider 2000, in OFSP/Glossaire) (n. d. t.).

Pratique narrative

En les racontant, les événements acquièrent sens et importance dans une histoire de vie subjective. Les récits des client(e)s jouent un rôle central dans le processus de maîtrise des maladies. Thérapeutes et client(e)s reconnaissent les principes de la double expertise – soit que les client(e)s sont responsables de leur situation de vie (incluant leur histoire de migrant(e)) et les thérapeutes des aspects cliniques.

Relation

Dans leurs contacts avec la personne concernée, les professionnel(le)s se montreront authentiques. Une attitude en retrait au moment d'engager une relation empêche en effet un joining réussi, soit l'établissement et le maintien d'une relation de travail constructive. Il est à cet égard important de toujours respecter l'altérité et sa souveraineté.

Obstacles

Souvent, le concept de culture ne fait l'objet d'aucune réflexion dans les organisations d'aide. Or, des processus de culturalisation et de stéréotypisation peuvent inconsciemment survenir lors de l'établissement de l'anamnèse, la culture étant comprise de manière défensive comme quelque chose de statique, d'étranger.

Si les migrant(e)s ont souvent fait des expériences traumatisantes liées à des guerres ou à d'autres événements violents, ils ou elles en ont aussi faites au cours du processus migratoire. Dès lors, un questionnement anamnétique dénué d'attention peut déstabiliser les client(e)s et affecter tant leur état de santé physique que psychique. De bonnes connaissances sur l'apparition et le traitement de troubles post-traumatiques sont conséquemment indispensables pour agir de manière professionnelle.

Conseils, stratégies et instruments

Une anamnèse sensible aux dimensions culturelles et spécifique à la migration implique notamment de prendre en considération les questions suivantes : origine culturelle et sociale, migration des parents, parcours d'intégration, différences observées entre pays d'origine et pays d'accueil, rapport pays d'origine – Suisse, génération de migration des parents, compréhension des rôles, migration et dépendance.

Certaines conditions-cadres doivent en outre être respectées :

- Disposer de suffisamment de temps.
- Setting de nature à favoriser l'intensité et l'approfondissement de l'entretien.
- « Small talks » lors de la prise de contact.
- Conduite claire de l'entretien.
- Locaux accueillants.
- Attitude d'estime et d'acceptation envers les personnes sollicitant de l'aide.
- Orientation sur les ressources et les solutions.

Le questionnement anamnestique requiert créativité et flexibilité. L'intérêt propre de l'individu devant être respecté. Des entretiens avec la famille ou d'autres proches sont souvent très instructifs quant aux systèmes d'interprétation et de comportements des client(e)s.

Une fois l'anamnèse terminée, il est recommandé d'avoir un échange professionnel au sein de l'équipe de soins afin de définir la stratégie thérapeutique (durant les trois premiers mois suivant l'entrée du ou de la client(e)). Enfin, le diagnostic doit être compris comme un processus.

7

Transculturalité et dépendance

Dans un contexte de transculturalité, il est nécessaire de s'interroger sur les adaptations possibles et nécessaires de l'accueil et du cadre thérapeutique offerts aux populations migrantes voire, à la lumière de nos investigations, de la formulation même des problématiques posées par ces patient(e)s.

La dépendance comme signe d'intégration

La dépendance est décrite comme une problématique souvent colorée de facteurs culturels sans que l'on sache bien distinguer ce qui revient en propre à ces facteurs.

La littérature nous fournit quelques pistes faisant penser que la prévalence de la toxicodépendance chez les migrant(e)s croît en fonction de leur degré d'acculturation dans leur pays d'accueil pour égaler ensuite les prévalences des autochtones. Il s'agit donc plutôt d'un signe d'intégration que de maladaptation ou de difficultés d'acculturation. D'autres conceptions évoquent l'idée de la toxicodépendance comme possibilité d'accès à des réseaux « ultracourts » d'intégration. Le produit et son commerce rassembleraient des caractéristiques de « codages sociaux » et de « langage » rapidement accessibles pour une création facilitée de liens sociaux à la personne peu intégrée.

Lorsqu'on parle de psychopathologie chez un ou une patient(e) migrant(e), on peut communément commettre, parmi d'autres, deux erreurs fondamentales. La première serait de surestimer la valence de la culture dans la psychopathologie présentée par le ou la patient(e). La seconde, de la minimiser en considérant une universalité structurelle de l'individu et de la pathologie.

Culture et identité

Il est actuellement assez bien établi que pour les jeunes d'origine étrangère, la construction de référentiels personnels comme de réseaux sociaux et culturels harmonieux relève d'une équation complexe qui peut s'avérer chaotique. A l'adolescence en particulier, la confrontation identitaire avec les modèles parentaux est souvent difficile. Le contexte d'acculturation des parents, souvent problématique, peut rendre tendus voire ambigus les rapports à leur culture d'origine. Ceci peut exacerber les malentendus et les clivages habituels à cette période de développement.

La clinique de cette population doit nous conduire à évaluer de quelle façon la culture d'origine parvient à exister et s'étayer. Parfois elle devient « fantomatique », obsédante voire persécutrice. C'est un des aspects importants de la formulation culturelle (outil d'évaluation et de compréhension transculturelle du DSM IV). Cette dernière peut permettre de comprendre les rapports parfois très problématiques que certain(e)s patient(e)s nourrissent soit à l'adresse de leurs parents ou de leur communauté, jugés « rétrogrades et murés dans des principes culturels catégoriques » soit au contraire, vis-à-vis de leur culture d'adoption ou vis-à-vis des conditions de vie laissées aux familles migrantes dans le pays d'accueil.

Dans ces processus d'acculturation, le vécu des migrant(e)s peut en effet s'entendre comme une constante « réinterprétation » de sa réalité interne, sensible à tout nouvel événement intercurrent, personnel ou familial. Il convient alors d'accompagner ces possibles remaniements identificatoires ou au contraire « dés-identificatoires », dans le parcours des migrant(e)s vers l'autonomie et la gestion pulsionnelle.

Démarche de questionnement

Nous pouvons imaginer quatre questionnements fondamentaux permettant une bonne approche et compréhension des spécificités culturelles que peut revêtir une toxicodépendance chez un ou une patient(e) migrant(e) :

- 1. Les motifs de la consommation : deuils, traumas individuels ou collectifs (conflits ou guerres) ? Ces motifs sont-ils en rapport avec des données**
 - prémigratoires ?
 - migratoires ?
 - postmigratoires ?
 - culturelles ?
 - liées au processus d'acculturation ?
 - liées aux difficultés de la communication interculturelle ?
- 2. Quelles difficultés/obstacles peut rencontrer un ou une migrant(e) dans le traitement de sa toxicodépendance au sein des dispositifs mis en place dans le pays d'accueil ?**

Par exemple : la cure de méthadone, les programmes d'héroïne, le sevrage hospitalier, le suivi psychologique ou psychiatrique, les placements résidentiels sont-ils adaptés à cette population ?
- 3. Quelles ressources manquent dans le dispositif ? Support religieux, communautaire, familial, parrainage ?**
- 4. Quel statut ont la toxicodépendance et les modalités des traitements de la toxicodépendance dans le pays d'origine ? Comment traite-t-on la toxicodépendance dans le pays d'origine des migrant(e)s ?**
 - Trouve-t-on d'autres modalités de traitement ou de soins dans le pays d'origine ? Sont-ils facilement accessibles ?
 - Existe-t-il une disqualification, une discrimination ou une exclusion particulière des toxicodépendant(e)s dans le pays d'origine ?
 - A quoi ou à qui attribue-t-on la toxicodépendance dans cette culture ; qui s'en défend, qui s'en cache ?
 - L'accès au produit est-il facile ?

Globalement ici, quelle gestion fait-on des « quatre piliers » (prévention, traitement, réduction des risques, répression) dans le pays d'origine des migrant(e)s ?

Les obstacles

De la part des équipes de soins

- Attente et attribution du rôle médical, stigmatisation des migrant(e)s ou de certaines communautés migrantes.
- Problématique genre.
- Problèmes linguistiques.
- Etiologies culturelles : à quoi ou à qui attribue-t-on la toxicodépendance dans la culture en question, qui s'en défend, qui s'en cache ?
- Problèmes relationnels : existe-t-il une disqualification, une discrimination ou une exclusion particulière des toxicodépendant(e)s migrant(e)s dans le pays d'accueil ?
- Contre-attitudes des soignant(e)s.

De la part du ou de la patient(e)

- Accès aux soins, structures des soins inadaptées, méconnaissance des dispositifs de soins.
- Peur de la stigmatisation dans le pays et dans la famille.
- Méfiance face au respect de la confidentialité et du secret médical.
- Non-reconnaissance de la toxicodépendance comme une maladie (mais plutôt comme une déviance).
- Non-acceptation de certaines formes de traitement, rejetées par l'entourage (cure de méthadone).

Conseils, stratégies et instruments

Il apparaît essentiel dans ce contexte de questionner nos représentations et nos constructions théoriques sur l'approche de la toxicodépendance pour les populations migrantes.

Les outils de formulation culturelle d'une affection médicale peuvent offrir un modèle d'évaluation structurée à utiliser pour mieux prendre en compte la différence (culturelle) entre soignant(e) et soigné(e). Cependant, ces outils ne sont encore que très mal ancrés ou systématisés dans nos pratiques institutionnelles et cliniques.

Éléments de la formulation culturelle :

- Identité culturelle de l'individu.
- Explications culturelles de la maladie.

- Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement.
- Éléments culturels de la relation entre l'individu et le clinicien.
- Synthèse de l'évaluation culturelle et implication dans le diagnostic et la prise en charge.

Il s'agit ici de repérer les problèmes de compréhension de la maladie entre les patient(e)s et les soignant(e)s et d'évaluer comment certains aspects de l'affection peuvent revêtir une spécificité en rapport à la culture d'origine, au statut de migrant(e) et bien entendu à la rencontre entre patient(e), soignant(e)s et structures de soins dans ce contexte. Une technique, même thérapeutique, ne peut en effet se concevoir hors d'une culture. Elle est même un des outils principaux de transmission. Cette dimension est essentielle, car, en tant que thérapeute, il faut être conscient de l'aspect « médiateur de transmission » de la culture.

Identifier les traumatismes

Pour les patient(e)s migrant(e)s toxicodépendant(e)s, il convient d'être tout particulièrement attentif à évaluer les possibilités d'un diagnostic lié à un traumatisme.

Les modèles explicatifs pour un abus de substance en association avec un trouble de stress post-traumatique (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) sont les suivants :

- Hypothèse de l'automédication (Khantzian, 1985).
- Utilisation de l'effet amnésiant de l'alcool et des benzodiazépines face à la mémoire traumatique (Stewart, 1998).
- Dissociation chimique (Langeland, Van Den Bosch, 2002).
- Hypothèse de la prise de risques ou en réponse à la recherche de sensations, à l'impulsivité.
- Hypothèse de la susceptibilité.
- Hypothèse d'un troisième facteur étiologique commun à la toxicodépendance et au PTSD.
- Hypothèse de l'affiliation, socialisation et médiatisation des relations ; « réseaux ultracourts » (Gransard et Nathan, 1999).

A noter que les histoires et événements traumatiques sont certainement plus fréquents que l'existence propre d'un PTSD.

Nous ne pouvons par ailleurs qu'insister sur la nécessité de former les équipes de soins pour toxicodépendant(e)s à la formulation culturelle et à l'acquisition d'une compétence culturelle. Nous rappellerons que le ou la médiateur(trice) culturel(le) doit faire partie intégrante du réseau de soins. Il ou elle détient en effet une connaissance complémentaire de la réalité du ou de la patient(e), est en lien avec la communauté de celui-ci ou de celle-ci et peut donner un reflet de l'intégration sociale dans leur communauté. Il ou elle peut ainsi permettre une meilleure concordance du ou de la patient(e) avec la structure et la philosophie des soins proposés et faciliter son adhésion thérapeutique.

Enfin, si les compétences culturelles des équipes de soins demeurent insuffisantes, il est utile d'avoir recours à une consultation transculturelle (sur le modèle de A. M Kleinman, progressivement mis en place dans de nombreux hôpitaux) donnant accès au travail heuristique sur la psychopathologie de ces patient(e)s et ouvrant de nouvelles pistes de soins, d'orientation et de ressources communautaires ou sociofamiliales.

8

Processus de guérison

Guérir est une aspiration universelle. La fonction de la guérison comporte en soi un sentiment proche de la peur de la finitude, de la mort ou du néant. C'est pourquoi la guérison concerne depuis des siècles le corps et l'âme (esprit). Il ne s'agit pas ici d'une approche technique ou médicale, mais d'une base de travail centrée sur la relation. L'objectif est d'accompagner au mieux le processus de guérison ou, du moins, d'aider en cas de non-guérison.

Parler de sa dépendance

Le ou la migrant(e), par sa condition multiculturelle ou de déraciné(e), doit redéfinir son identité personnelle et culturelle. Une multitude de facteurs externes et internes participent à cette construction. Le désir de guérison fait partie, entre autre, des revendications que nous rencontrons dans nos pratiques de médecin, psychologue, infirmier(ière), éducateur(trice) ou assistant(e) social(e).

La dépendance est souvent perçue comme une « maladie honteuse » par le cercle familial et par la personne elle-même. Elle recherche une aide médicale et est habitée par un sentiment d'échec familial. Cette perception crée une injonction paradoxale avec laquelle le ou la migrant(e) aura à composer :

« Je suis dépendant(e) et pour guérir je dois en parler, mais ma maladie est une honte pour ma famille, je ne dois donc pas en parler ! »

De ce fait, les relations de soins et d'aide entre les patient(e)s migrant(e)s et le personnel aidant se complexifient, contrairement à une maladie guérissable par un acte chirurgical et la prise de médicaments. On parle plus facilement de ce genre d'atteinte et elle fait souvent l'objet d'une acceptation plus sereine par le système de soins et l'entourage du malade. La dépendance, mauvaise réponse à une bonne recherche et

vraie souffrance tout de même, met la personne et son entourage en situation d'échec.

Une approche spécifique à la migration

Une approche spécifique à la migration pourrait apporter un complément utile à l'intervenant(e). Sorte de petit mode d'emploi en trois temps utilisable en une séance ou sur un processus plus long, cela dépendra du temps à disposition.

1. Le temps de l'acceptation de la différence

Pour y parvenir, il faut être attentif à ne pas créer de hiérarchie culturelle mais plutôt à comprendre les explications des client(e)s et à les considérer comme plausibles. Le refus de l'évolution linéaire de la culture nous permet de considérer comme égale toute connaissance. La perception de l'autre se fait dans la reconnaissance de son problème au sens de Lévinas. Ce dernier étend la responsabilité que nous avons envers notre famille à tout être humain. Ce qu'il nomme « l'expérience du visage » consiste à rencontrer l'autre dans sa vulnérabilité avec empathie ; j'ai donc un sentiment de responsabilité envers cet « autre que moi » qui qu'il soit.

En résumé, ma culture n'est pas supérieure. La vulnérabilité humaine est semblable dans toutes les cultures, elle ne peut ni ne doit m'échapper et je suis responsable de la relation que je crée avec mon vis-à-vis.

Si ce positionnement pose problème, j'en réfère à mes collègues ou je renonce à la prise en charge à un stade précoce.

2. Le temps de la responsabilité

L'intervenant(e) travaille à la recherche de solutions pragmatiques. La deuxième cybernétique systémique nous propose quelques repères :

L'intervenant(e) est partie prenante du processus de guérison. Il ou elle est acteur(trice) et influence le système de référence de la personne dépendante. Ses représentations sur la guérison et la maladie vont avoir une influence aussi sur le vécu de l'autre. Il ou elle participe à la construction de la réalité en cours d'observation.

Le système est capable d'évolution et être un membre actif du système implique la co-construction de la solution. On proposera des solutions communes visant des objectifs pragmatiques à court et moyen terme. L'entretien motivationnel, la méthode de résolution de problèmes de Palo Alto, l'analyse transactionnelle et les thérapies cognitivo-comportementalistes sont d'excellents outils à ce stade. On évitera la culturalisation du problème.

3. Le temps du travail sur le ressenti

Le ou la client(e) et l'intervenant(e) construisent ensemble une nouvelle définition du problème.

Après avoir expérimenté la collaboration pragmatique au point 2, la relation de confiance se crée.

Il n'est pas aisé de définir exactement la nature de son problème. Dans leur ouvrage « l'instant de guérison », Jean-Jacques Lagardet et Christian Flèche prônent une approche en quatre temps inspirée de la médecine biologique, comme un chemin de découverte du ressenti de la personne :

1. Les actes : quelle est la trame de son histoire ?
2. Les pensées : comment sa manière de penser influence ses actions ?
3. Les sentiments : est-elle triste, joyeuse ? A-t-elle peur ou est-elle en colère ?
4. Le ressenti : peut-on aider à décrire ce qui est ressenti avec des mots adéquats ?

La perception de son ressenti aura l'avantage de permettre une approche simple du vécu conscient et inconscient.

Inventer une solution

La dépendance intègre un parcours de vie. Elle ne reste plus cette île déserte dont personne n'a encore foulé les rivages. L'intervenant approche de la côte (point 1) et observe les passages dans les récifs. Il jette l'ancre et aborde avec circonspection les côtes (point 2). Il partira ensuite à la découverte de l'intérieur de l'île (point 3).

La main experte de l'aventurier ne pourra amener une aide que si elle s'intègre à l'écosystème bien fragile de l'ensemble des éléments naturels qui composent le tout y compris les mécanismes de défense indispensables au maintien de l'équilibre.

« Les faits n'appartiennent tous qu'au problème, non à sa solution. » Cette citation de Wittgenstein nous amène à conclure sur une injonction constructive : inventer une solution consiste à pratiquer l'art de la découverte. Nous nous rappellerons également les mots de Christian Bobin, écrivain français : « Ce qu'on sait de quelqu'un empêche de le connaître. »

9

Approche systémique

Trop fréquemment, la migration n'est associée qu'à des problèmes alors qu'avec une attitude de « non-savoir » et de curiosité, les ressources vont retrouver la place centrale qui leur revient et les compétences propres des client(e)s être encouragées.

Focaliser sur les ressources plutôt que sur les déficits

Si la littérature spécialisée ne manque pas de traiter de la migration, elle le fait toutefois la plupart du temps dans une optique axée sur les déficits. C'est ainsi que le terme « migration » se voit trop facilement associé à « problèmes ». Et s'il est abondamment écrit sur la « culture », l'accent y est mis sur les différences. Or, une telle attitude crée une distance entre thérapeutes et client(e)s.

« Les recherches scientifiques concernant la santé psychosociale des migrant(e)s se sont jusqu'ici fortement orientées sur la pathologie et ne prennent guère en considération la perspective de la population migrante elle-même et de ses ressources. La situation des migrant(e)s y est plutôt fréquemment problématisée dans le cadre d'un discours sur la misère. » (Regula Weiss, 2003, p. 283). On tient donc trop peu compte que la migration cache en elle des ressources personnelles. Les individus qui prennent sur eux tout un processus migratoire développent nécessairement d'énormes ressources pour pouvoir maîtriser cette tâche vitale. Aussi peut-il être d'un grand profit de porter le regard, dans l'activité de conseil ou de traitement des migrant(e)s, sur leurs ressources plutôt que leurs déficits. L'approche systémique orientée vers la solution offre à cet égard une méthode idéale et des instruments appropriés.

Attitude de non-savoir et de curiosité

Avec une attitude de « non-savoir », on évite de tomber dans le « piège de la culturalisation ». Ce non-savoir entraîne « une attitude générale ou un point de vue où les actes des thérapeutes manifestent une curiosité sincère et riche. Ce qui signifie que leurs actes et attitudes expriment plutôt le besoin d'en apprendre plus sur ce qui a été dit que de communiquer des opinions ou des attentes préconçues à l'égard des client(e)s, de leurs problèmes ou de ce qui devrait être changé. Le ou la thérapeute se positionne ainsi d'emblée d'une manière qui lui permet d'être « informé(e) » par le ou la client(e). » (Anderson & Goolischian, 1992, p. 29, cité dans Peter De Jong / Insoo Kim Berg, 1999, p. 46).

Pleins pouvoirs aux client(e)s

Se focaliser moins sur les problèmes et plus sur les forces et l'empowerment de la clientèle crée, dans la pratique, les bases sur lesquelles clients et clientes peuvent aller chercher l'autorisation d'élargir leurs propres compétences et de les intégrer à leur vie quotidienne. Porter son regard sur les solutions, accompagner les client(e)s dans la recherche de leurs propres solutions et visions décharge les thérapeutes de l'idée de devoir eux-mêmes ou elles-mêmes imaginer des solutions. Là aussi, la responsabilité doit être laissée aux personnes demandant conseil, comme le pense De Shazer : « La meilleure manière de décider quelle porte peut être ouverte pour trouver une solution consiste à obtenir une description de ce que le ou la client(e) va faire de différent et/ou ce qui se passera si le problème est résolu, de manière à créer ainsi l'attente d'un changement positif. » (De Shazer, 1985, p. 46, cité dans Peter De Jong / Insoo Kim Berg, 1999, p. 37).

Les attitudes, méthodes et instruments mentionnés ici n'ont pas été élaborés spécialement à l'intention du travail avec la population migrante. Dans la mesure toutefois où ils sont orientés vers l'individu et ses ressources, ils conviennent parfaitement au travail avec cette clientèle.

Entre possible et réel

« Le possible est presque infini, tandis que le réel est strictement délimité. Le réel, c'est presque toujours un possible, élu dans une multitude. Un cas particulier du possible. C'est pourquoi la pensée peut l'aborder de diverses manières. Pénétrer dans le possible, c'est modifier notre regard sur le réel. » (Friedrich Dürrenmatt, Justice¹)

¹ Dans la traduction d'Etienne Bariller, éditions Julliard/L'Age d'Homme, 1986, p. 63 (n. d. t.).

10

Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité

La mise en place d'un traitement de substitution pour des migrant(e)s en situation de précarité pose des questions concernant l'accueil, la prise en charge pécuniaire, la durée du traitement ainsi que le retour dans le pays d'origine ou le départ vers un autre pays.

Les non-entrée en matière (NEM) et les « sans-papiers »

Parmi les patient(e)s migrant(e)s en situation précaire, on peut identifier deux groupes bien distincts :

Non-entrée en matière (NEM) : ce premier groupe concerne des personnes qui ont déjà fait une demande d'asile, laquelle a été refusée. Ces patient(e)s sont appelés NEM par les services administratifs et se retrouvent de facto sans assurance, sans logement et sans ressources. Ces patient(e)s restent néanmoins connus et enregistrés dans le canton. Ils risquent l'expulsion du jour au lendemain. Ils peuvent bénéficier de l'aide sanitaire ou sociale d'urgence.

Les « sans-papiers » : ce deuxième groupe concerne des migrant(e)s qui n'ont pas fait de demande d'asile et qui vivent de manière anonyme et clandestine en Suisse. Ces patient(e)s n'ont officiellement aucune existence légitime sur le plan administratif. Il est très difficile de les recenser et de les quantifier. Ces personnes n'ont pas d'assurance, pas de ressources et pas de logement officiel mais demeurent sur le territoire.

Dans les deux cas, ces patient(e)s ont parfois une demande précise : recevoir un traitement de substitution en raison d'une dépendance aux opiacés. Ils ou elles peuvent aussi rencontrer des problèmes somatiques dus à une mauvaise santé physique et mentale.

Importance de favoriser l'accueil et le lien malgré la méfiance

Ces patient(e)s sont souvent dans la crainte d'être arrêtés par la police, d'être jugés, mis à l'écart. Il est donc essentiel de les rassurer en invoquant le secret médical et professionnel.

Dans certains cas, le recours à un ou une interprète est indispensable pour évaluer les besoins des patient(e)s et transmettre les objectifs et limites du traitement. La consultation devrait se dérouler avec les médecins, infirmiers(ières) et travailleurs(euses) sociaux(les) sensibilisé(e)s à cette problématique.

Le financement et la durée du traitement

Les démarches dépendent de la législation cantonale. Dans certains cantons, le ou la patient(e) a accès non seulement à un traitement de substitution, mais également à une prise en charge globale avec ECG et bilan sanguin d'entrée, ce qui permet parfois de mettre en évidence une pathologie sous-jacente.

La durée du traitement est très variable, car elle dépend en priorité du risque d'expulsion ou du départ précipité du ou de la patient(e). C'est souvent un traitement à évaluer en permanence, car il peut durer de quelques semaines à plusieurs mois.

Il est essentiel de planifier un sevrage en cas de retour dans le pays d'origine (procédure de renvoi ou retour volontaire) ou en cas de départ vers un autre pays. Dans le cas où le traitement avec méthadone ou buprénorphine serait assuré, il est important de contacter les autorités sanitaires à l'avance et d'établir un rapport médical. Le ou la patient(e) doit être informé(e) de son droit à la santé par rapport à la problématique de dépendance aux drogues en cas de retour. Les professionnel(le)s doivent s'informer sur le type de soins dispensés dans le pays d'origine. Dans le cas du départ volontaire, le sevrage est organisé avec les patient(e)s selon la date de départ.

Lorsque cela est possible, et avec l'accord des patient(e)s, le service de soins en Suisse peut contacter la Croix-Rouge pour une aide au départ en vue de la suite des soins à l'étranger.

Un courrier doit être préparé afin d'être présenté aux responsables sanitaires en cas de poursuite des soins à l'étranger.

Certaines situations particulières exigent la poursuite des soins ambulatoires malgré l'absence d'une couverture financière, mais cela doit se faire avec l'accord explicite du médecin chef de service.

Le problème de la prise en charge financière dans ces situations montre l'importance de développer des ressources au niveau cantonal et fédéral afin de couvrir les besoins en matière de soins.

Traitement des patient(e)s requérant(e)s d'asile

Ces patient(e)s sont couvert(e)s par l'assurance-maladie de base. L'accès aux traitements ambulatoires et hospitalier (en unité publique de soins) est entièrement pris en charge par la LAMal. L'assurance de base donne en Suisse une couverture assez complète pour la problématique de la dépendance.

Par contre, une délégation de soins (document sur papier) établie par un médecin est souvent nécessaire.

11

Thérapie à l'étranger

A première vue, une thérapie à l'étranger paraît toujours opportune pour des client(e)s issu(e)s de la migration, que ce soit pour des raisons linguistiques, culturelles ou comme moyen pour eux ou elles de « retrouver leurs racines ». En tous les cas, il convient de soigneusement peser les arguments pour ou contre un tel choix. De surcroît, la qualité de l'offre et surtout le retour en Suisse des client(e)s doivent se voir accorder la plus grande attention.

Arguments pour et contre une thérapie à l'étranger

Ce sont souvent les parents qui poussent à renvoyer leur fils ou leur fille dans leur pays natal, que ce soit par honte ou par crainte des conséquences de la toxicomanie de leur enfant ou par conviction qu'une thérapie y sera plus adaptée et plus efficace qu'un traitement en Suisse.

Les motifs plaidant en faveur ou non d'une thérapie à l'étranger doivent dans tous les cas faire l'objet d'une évaluation individuelle pour chaque client-e. Il n'est par exemple pas question qu'une telle thérapie ait lieu pour permettre aux professionnel(le)s de sortir d'une situation de thérapie ou de conseil bloquée. Et encore moins sur la base d'allégations culturalisantes (« La problématique du ou de la client(e) est de nature culturelle, aussi vaut-il mieux qu'il ou elle aille dans son pays, où on le ou la comprend mieux »). Une thérapie à l'étranger ne doit pas non plus être simplement choisie pour des raisons de coût. Elle est souvent vue d'un bon œil par les organismes payeurs qui négligent toutefois l'importance du travail administratif et organisationnel que cela suppose, travail qui mérite toujours d'être pris en considération.

Dans bien des cas, qu'on ne saurait toutefois généraliser, une thérapie à l'étranger est parfaitement indiquée : par exemple lorsqu'un séjour résidentiel n'est pas possible en Suisse par manque de connaissances linguistiques. Ou lorsque la relation avec le pays d'origine est très étroite respectivement doit être rétablie ou qu'il s'agit de (re-)découvrir sa propre culture.

Conditions de la réussite d'une thérapie à l'étranger

Les deux points indubitablement les plus importants pour le succès d'une thérapie à l'étranger sont la qualité de l'offre ainsi que le soutien accordé aux client(e)s avant et après leur séjour hors de Suisse.

La qualité d'une institution étrangère ne peut pas être contrôlée depuis la Suisse, à quoi s'ajoute l'absence de contrats de prestations entre organismes payeurs et institutions étrangères. Aussi faudrait-il veiller à ce que l'institution choisie bénéficie d'une reconnaissance officielle du pays concerné.

La collaboration directe entre institutions suisses et étrangères peut aussi donner de très bons résultats (exemple : l'ancien projet Xenos, avec une collaboration entre le CEIS – Centro Solidarietà de Modène/Italie – et diverses institutions ou organisations de migrant(e)s en Suisse).

Il est de plus indispensable de discuter ouvertement avec le ou la client(e) de sa motivation intérieure, des motifs d'une thérapie à l'étranger et de ses avantages et désavantages. En effet, s'il ne s'agit que de (re-)prendre contact avec le pays d'origine, un simple voyage avec le ou la client(e) peut aussi avoir un effet positif.

Retour en Suisse

Un des points critiques d'une thérapie à l'étranger, auquel il faut accorder la plus grande attention est celui du retour en Suisse. Le séjour à l'étranger peut en effet devenir une sorte de « vacances » et, de retour en Suisse, des rechutes de consommation peuvent apparaître. D'autant que le vocabulaire utilisé pour une thérapie à l'étranger (qui constitue aussi un « voyage ») est pour une part le même que celui utilisé pour une dépendance : il s'agit d'un « trip », d'une initiation.

Le retour ainsi que le suivi postérieur doivent donc être soigneusement préparés, parents et autres proches jouant à cet égard un rôle impor-

tant. Idéalement, le travail de soutien parental devrait se poursuivre parallèlement à la thérapie de leur enfant à l'étranger. A relever aussi que les groupes d'échanges d'expériences regroupant parents et client(e)s, après leur retour en Suisse, ont également fait leurs preuves.

Situations particulières

Des problèmes particuliers se posent en cas d'expulsion du territoire ou de renvoi de personnes dépendantes ou sous traitement de substitution (p.ex. requérant(e)s d'asile). Il va alors falloir en très peu de temps clarifier les possibilités de prise en charge dans le pays de renvoi, y contacter les services compétents et, cas échéant, adapter le traitement de substitution ou prévoir un sevrage.

12

Enfants – Jeunes – Parents

Toute migration modifie à bien des égards la structure familiale. Les enfants et adolescent(e)s sont toujours particulièrement affecté(e)s par une situation migratoire. Après leur intégration le plus souvent rapide dans le pays d'accueil, ils ou elles se voient en partie confronté(e)s à des exigences contradictoires. A quoi s'ajoute qu'ils ou elles doivent, la plupart du temps, assumer des tâches d'adultes ainsi que des fonctions de médiateurs(trices). Les offres d'aide doivent donc, avant tout, réduire la pression résultant de cette situation et ce, si possible, en y associant les parents.

Enfants et adolescent(e)s ne peuvent être considérés indépendamment de leur famille, et en particulier de leurs relations avec leurs parents. Les problématiques rencontrées par les familles de migrant(e)s et leurs enfants ne se distinguent pas nécessairement de celles rencontrées par les familles suisses, quand bien même il peut y avoir des différences spécifiques à la migration ; différences qui, selon l'origine et la situation individuelle, acquièrent plus ou moins d'importance.

Adolescence et migration

Durant la phase de l'adolescence, les jeunes migrant(e)s doivent maîtriser – en plus des processus liés à leur développement – leur situation de migrant(e)s. Ceci peut entraîner une pression considérable et des réactions d'évitement. Emigrer signifie devoir quitter un contexte de vie et en intégrer un nouveau, avec le déracinement et les efforts d'adaptation que cela implique. Les enfants en particulier doivent endurer de grandes tensions, étant en partie confrontés à des attentes et des valeurs provenant de deux côtés : de la famille et de la communauté migrante d'une part, de leur nouvel environnement d'autre part. Ce qui

peut aboutir à des conflits de loyauté, conflits susceptibles d'être particulièrement aigus chez les jeunes filles issues d'un milieu traditionnel.

Situation socio-économique

Un éventuel déclin socio-économique de la famille dû à la migration peut encore accroître la pression et affecter le développement des enfants et la formation de leur identité. En effet, d'une part ils ou elles perçoivent le déclin du statut social de leurs parents et, d'autre part, se retrouvent – en tant que membres d'une classe sociale socio-économiquement faible – avec des chances conséquemment réduites de formation et d'emploi. Et si les deux parents sont contraints de travailler, les enfants se trouveront de plus fréquemment laissés à eux-mêmes.

Langue - Formation - Intégration

Nombre d'enfants et de jeunes issus de familles migrantes doivent apprendre à s'accommoder du fait que leurs parents ne comprennent et ne parlent pas ou guère la langue locale. C'est avant tout le cas des mères, en particulier de celles venues en Suisse dans le cadre du regroupement familial. Or, le manque de compétences linguistiques s'accompagne fréquemment d'un faible niveau de formation, toutes choses qui font que les parents, par exemple, ne peuvent guère soutenir leurs enfants à l'école. Ils manquent de plus souvent d'informations ou ne savent pas où ils pourraient en obtenir, que ce soit concernant le système scolaire, les offres de loisirs, le système de santé, diverses consultations, etc. Et cela est souvent encore plus marqué lorsque l'éducation des enfants se trouve aux mains de la mère. S'ils ont de surcroît fait de mauvaises expériences avec les autorités, les parents n'ont plus aucune confiance dans les offres de soutien officielles ; ils se sentent impuissants et privés de toute compétence décisionnelle.

Souvent aussi, les familles ne sont guère intégrées dans la vie sociale indigène, les parents ne faisant partie d'aucune association suisse et n'ayant parfois pas d'amis suisses. Ils ont également tendance à empêcher leurs enfants de prendre part à la vie sociale du pays d'accueil (par exemple lors de camps scolaires).

Rôles et conflits des enfants et des adolescent(e)s

Les jeunes sont donc fréquemment obligé(e)s de se débrouiller seul(e) et d'agir sous leur propre responsabilité. Et non seulement ils ou elles doivent prendre soin d'eux-mêmes ou d'elles-mêmes mais ils ou elles sont de surcroît souvent responsables du bon fonctionnement de la famille en tant que traducteurs(trices) et médiateurs(trices) culturel(le)s pour leurs parents. Ce faisant, ils ou elles assument des rôles et fonctions d'adultes qui les surmènent et peuvent entraver leur propre développement. S'ensuivent des inversions de hiérarchie au sein de la famille, aussi problématiques pour les enfants que pour les parents. De plus, la tension entre la bonne intégration des enfants et celle, défaillante, des parents entraîne des angoisses, des malentendus et des divergences d'opinion. Ces dernières recèlent un important potentiel de conflit qui peut se manifester dans le cadre de la collaboration instaurée à l'occasion d'un conseil ou d'une thérapie.

Angoisses parentales

D'un autre côté, les parents souhaitent que leurs enfants suivent une formation professionnelle garante d'une vie meilleure et d'une ascension économique. Pour réussir dans le système scolaire et de formation professionnelle suisse, les jeunes doivent développer des aptitudes et capacités individuelles susceptibles d'être en contradiction avec les exigences de leur famille et les valeurs de leur communauté. Les progrès des enfants en matière d'intégration peuvent engendrer des angoisses chez les parents : crainte de voir les enfants s'éloigner de leur famille et de ses valeurs traditionnelles, crainte de ce qu'ils ou elles évoluent dans un monde inconnu des parents. Aussi les messages délivrés par les parents aux enfants sont-ils souvent empreints d'angoisse, changeants et contradictoires. Et ce avant tout pour les filles issues de familles plutôt traditionnelles.

Compréhension divergente des problèmes

Quel est le problème, d'où provient-il et comment peut-on le résoudre ? Les réponses à ces questions peuvent grandement diverger. Les parents rendent fréquemment la culture locale responsable, de par sa permissivité, des problèmes de dépendance de leur enfant. Ils se montrent méfiants ou ont des préjugés négatifs à l'encontre de la Suisse ainsi que de

ses institutions et conseillers(ères). Aussi la solution consiste-t-elle, à leurs yeux, à renvoyer leur fils ou leur fille dans la mère patrie. Ce qui peut aussi faire office de menace à l'égard d'enfants bien intégrés ici, pour qui le pays d'origine va alors devenir source d'angoisse.

Enfin, la dépendance n'étant parfois pas considérée comme une maladie mais comme une faute personnelle, si une consultation ou une thérapie est acceptée, on attendra d'elle – ou de l'intervenant(e) – une guérison immédiate.

L'expérience migratoire en tant que ressource

La migration, les conditions de vie dans le pays d'immigration, les multiples exigences et défis rencontrés par des enfants et des adolescent(e)s en pleine croissance ne doivent pas uniquement être considérés comme des charges. Il s'y cache aussi et surtout beaucoup d'espoirs, de force et d'aptitudes ainsi que beaucoup de travail et de réussites de leur part, que ce soit en tant qu'individus ou en tant que familles. C'est sur ces ressources qu'une intervention d'aide doit s'appuyer.

Objectif : réduire pressions et tensions

Une intervention d'aide dans le domaine des dépendances a d'abord pour but de réduire tensions et pressions tant chez les enfants et les adolescent(e)s que chez les parents. L'estime de soi et l'idée que l'on se fait de soi-même doivent être améliorées, en même temps qu'il faut éradiquer tout regard négatif porté sur soi. Les craintes et souhaits de toutes les personnes concernées ayant pu s'exprimer, une médiation intergénérationnelle sera alors possible. Il n'empêche que les droits et devoirs de la vie en Suisse doivent être clairs, et l'accès aux informations et institutions concernées garanti. Cas échéant, il faudra mettre sur pied des réseaux concrets.

Confiance et estime

Une relation de confiance est capitale, mais a pour condition pratique qu'il n'y ait si possible pas de changement de conseiller(ère).

Pour ce qui est du travail avec les enfants, le jeu occupera une place centrale, dans la mesure où c'est l'agir – et non l'échange verbal – qui a la priorité. Par ailleurs, l'utilisation de symboles et de rituels peut aussi servir d'outil transitionnel avec les adolescent(e)s et les adultes.

Accepter et manifester de l'estime pour le monde et les expériences des client(e)s, en particulier quant à leurs efforts d'intégration, va renforcer leur estime de soi. A côté de cela, il est également nécessaire de leur transmettre les valeurs prévalant en Suisse.

Participation des parents

A moins d'avoir des conceptions de la dépendance et des processus de guérison totalement différentes et incompatibles avec l'approche thérapeutique du ou de la client(e) et des professionnel(le)s, les parents doivent autant que possible être associés à la prise en charge. Cela évite que l'écart de leurs connaissances et de leur intégration avec celles de leurs enfants ne se creuse encore plus. Il est également important que les deux parents soient expressément invités, faute de quoi les mères ne viennent souvent pas, alors que ce sont elles qui détiennent la compétence de décider au sein de la famille.

Le travail avec les parents ou les communautés de migrant(e)s exige parfois de procéder par expérimentation pour trouver le meilleur moyen de les approcher. Des parents coopératifs peuvent servir d'informateurs à cet effet. Il arrive aussi que des canaux déjà existants (p.ex. soirées de parents à l'école) se révèlent utiles pour approcher les parents. Leur offrir la possibilité de déterminer les conditions-cadres d'une rencontre est également prometteur. Par ailleurs, marquer son respect et son estime pour la famille et le chemin parcouru par elle, constitue une base pour impliquer les parents et leur donner confiance. Découvrir et donner un nom à des valeurs morales communes peut permettre de définir des buts communs, d'interpréter positivement (reframing) la situation migratoire et d'en souligner les aspects positifs. La confiance en soi des parents et des enfants en est confortée. En effet, les parents sous-estiment généralement leurs capacités et leur propre efficacité.

Enfin, les parents et leurs droits doivent être pris au sérieux et réellement pris en compte. Leur autodétermination doit être encouragée en même temps qu'ils doivent être renforcés dans leur rôle. Ils sont ainsi à même de se mobiliser pour soutenir leur enfant. Les décisions sur la suite de ce qui est fait avec leur fils ou leur fille dépendent d'eux ou du moins sont prises conjointement avec eux. Les règles et les conséquences qu'entraîne leur respect ou non-respect doivent être négociées et arrêtées avec parents et adolescent(e)s. De même, il est

important d'avoir également avec les parents des entretiens de sortie approfondis.

Communication

Dans nombre de cas, l'assistance d'un ou d'une interprète s'impose. Cette tâche ne saurait être assumée par un membre de la famille, et surtout pas par des enfants ou des adolescent(e)s.

En formulant les objectifs de manière compréhensible pour toutes et tous, on crée de la sécurité. Aussi vaut-il la peine de vérifier qu'informations et accords sont bien compris. Quant à l'état des connaissances, il doit lui aussi être régulièrement contrôlé.

Aide concrète

Il est également souvent possible d'apporter une aide concrète, par exemple en facilitant l'accès à des institutions et offres sociales ou culturelles. Ces actions, même modestes, ont souvent plus d'impact que des discours.

Obstacle : appréciations erronées

Bien des difficultés relèvent d'erreurs d'appréciation de toutes sortes commises de part et d'autre. Un comportement problématique de la part de jeunes migrant(e)s est fréquemment considéré par les professionnel(le)s comme dû à la migration, plutôt que comme un problème social et de classe sociale : pauvreté, chômage (du père surtout), maladie, etc. En effet, les ressources et compétences des migrant(e)s sont souvent sous-estimées, parce qu'ils ou elles ne maîtrisent pas la langue française et font preuve d'hésitation et d'ignorance dans leur manière d'agir. C'est en particulier vrai pour ce qui est de la position et de la compétence des mères, loin d'être aussi dénuées d'autorité au sein de la famille qu'il semble à l'extérieur. D'un autre côté, les difficultés de compréhension sont elles aussi souvent sous-estimées. Même lorsque les parents disposent de bonnes connaissances de la langue locale, peuvent en tout temps survenir des malentendus susceptibles de compromettre l'activité de conseil ou la thérapie. Les migrant(e)s pour leur part sous-estiment souvent leurs capacités et leur efficacité. Ils ou elles ont aussi une autre compréhension du bien-être de l'enfant. Il leur est difficile d'admettre que l'Etat assume une responsabilité sociale et que les enfants ne sont pas simplement livrés sans droits propres à leurs parents.

13

Travail avec les familles

Dans la thérapie des dépendances, les ressources que représentent les familles peuvent être encore mieux utilisées. Pour cela, l'intervention doit être compatible avec le système de signification de la famille. L'histoire familiale se situera au centre de la thérapie : dans un environnement marqué par l'oubli, on va exercer le « se souvenir » et donner par là une continuité à l'histoire familiale, sans pour autant nier le problème.

Pour commencer par une comparaison, on pourrait dire que, de la même manière que les pyramides de l'ancienne Egypte ont affaire aux changements climatiques, les besoins concrets des familles issues de la migration et ayant des problèmes de dépendance ont souvent affaire aux services d'aide. Dans les deux cas, il s'agit d'histoires nées d'un rapport niant la réciprocité. Partant de l'histoire familiale, les réflexions qui suivent vont tenter de rétablir une telle réciprocité.

Histoire familiale

Fort d'une remarquable entente muette entre familles et professionnel(le)s, le travail thérapeutique n'accorde d'ordinaire que peu voire pas du tout d'attention à l'histoire migratoire. La reconstitution de l'histoire familiale et migratoire doit être un moment émotionnellement fort du travail thérapeutique, où l'histoire familiale va servir d'instrument pour remuer le passé et découvrir des valeurs que l'on pourra appliquer à la situation présente. Ce qui équivaut – dans le contexte d'une migration qui fige les souvenirs, les refoule parfois ou leur donne trop de pouvoir – à faire un exercice de mémoire, où il s'agit de se souvenir. La migration est fréquemment liée au refoulement : en effet, pour pouvoir changer, il faut oublier le chemin parcouru et se concentrer sur le but.

« Aller toujours de l'avant, toujours plus loin » de même que les peines quotidiennes sont les sacrifices à consentir pour un avenir meilleur, le prix payé à cet effet étant refoulé ou idéalisé. C'est ensuite dans la « phase de décompression » de la migration (Sluzki, 2001) que surgissent les problèmes.

Déracinement et difficultés d'intégration

Inclure la famille dans le travail thérapeutique est aussi indispensable qu'ardu. Il est important que des thèmes tels que le deuil (de personnes ou de lieux), les difficultés d'intégration ou les résistances à s'intégrer dans le pays d'accueil puissent être mis en discussion avec les familles. Familles qui présentent souvent une problématique multiple. Le déracinement d'une personne hors des structures naturelles dont elle est issue peut conduire à un malaise transgénérationnel et aux études de cas qui en découlent.

Mythes familiaux

Dans le travail avec des familles issues de la migration, ce qui apparaît ne correspond pas toujours à ce qui est. Il faut donc souvent insister – en particulier concernant la répartition des rôles familiaux – pour comprendre ce qu'il y a vraiment derrière l'image projetée. Les mythes familiaux ont une importance toute particulière dans les familles de migrant(e)s. Souvent, ces mythes sont les instruments au moyen desquels on entretient l'illusion de ce que l'on croit être. En fait notamment partie le mythe du « retour au pays ». Méconnaître et ne pas intégrer ces mythes condamneraient à l'échec toute intervention thérapeutique.

Absence de syncrétisme

Dans les familles connaissant des problèmes de dépendance, la hiérarchie générationnelle est souvent inversée et il y a un manque de syncrétisme, soit d'attaches fondées sur une identité de groupe familiale (la famille même). L'absence de syncrétisme signifie que la famille n'est pas parvenue à fondre l'ancien et le nouveau monde en un seul.

Chronification et angoisse

Les familles issues de la migration ne consultent souvent que très tard, lorsque le problème est déjà devenu chronique. La famille demande de l'aide au moment où le système familial est en crise, faute de quoi elle ne solliciterait pas d'aide. Cela signifie que les professionnel(le)s devront d'abord s'occuper de l'angoisse de la famille et tranquilliser celle-ci d'une manière ou d'une autre avant de pouvoir se consacrer au problème proprement dit. Traiter avec précaution la gêne, voire la honte et la disposition à communiquer qui en découle, constitue la pierre angulaire de toute relation thérapeutique. En d'autres termes, accepter cette gêne est la clé de la compréhension et du changement.

Communication symbolique

Lorsqu'on parle de dépendance avec les familles, on aboutit généralement d'abord à une situation bloquée et à une communication symbolique, par laquelle les familles transmettent plus leur propre angoisse que des informations utiles (ainsi va-t-on par exemple répandre du sel pour écarter le mal). Or, une thérapie peut tout à fait partir de cette communication symbolique dans laquelle sont présents les contenus et les valeurs de la culture d'origine.

Enfants délaissés

Nombre de jeunes ont vécu séparés – réellement ou symboliquement – de leur famille. En particulier les enfants de la migration des années 60 et 70, qui ont souvent grandi chez leurs grands-parents. Cet abandon – tenu secret, méconnu ou franchement assumé – est un thème central dans l'histoire de nombreux jeunes émigré(e)s.

Attitude des professionnel(le)s

Concernant notre attitude de professionnel(le)s, il est essentiel d'avoir la modestie et l'honnêteté intellectuelle de nous considérer comme porteurs d'un savoir qui n'englobe pas tout. En effet, ce dernier est lié à un contexte donné et à notre histoire personnelle ; il ne peut, par conséquent, être que partiel. Ce savoir (qu'on peut aussi nommer culture) peut être remis en question et se modifier dans le dialogue avec la clientèle issue de la migration. S'il s'agit d'être sensible à l'importance réelle des différences culturelles et de ne pas sous-estimer à cet égard sa pro-

pre appartenance culturelle, il ne faut pas non plus surestimer la diversité des personnes provenant d'autres cultures. Le b.a.-ba de la transculturalité consiste à faire face à ce défi en ayant pleinement conscience de ses propres limites, sans pour cela se cacher derrière un bureau ou un technicisme exagéré.

Un tel travail peut par exemple s'inspirer des « trois directives pour la direction d'une séance » (d'après Selvini Palazzoli, 1988) : hypothétisation, circularité et neutralité.

« Hypothétiser » signifie formuler des hypothèses sur la base des informations reçues. Par « circularité », on entend la faculté de considérer le comportement observé dans une famille non de manière linéaire comme un simple mécanisme de cause à effet, mais comme un circuit de régulation dans lequel tous les éléments du système déterminent réciproquement leur comportement. « Neutralité » (« impartialité ») représente l'effet pragmatique du comportement des professionnel(le)s durant la thérapie. Cela signifie qu'aucun vacuum ne se produit dans le système familial une fois la thérapie terminée et que la famille doit à nouveau s'en sortir sans thérapeute.

Première rencontre

Une attention toute particulière devrait être accordée aux modalités de la première rencontre. Une grande part des possibilités d'avoir accès à la famille est à cette occasion en jeu. Ce qui ouvre cet accès et fait que nous soyons acceptés par le système familial n'a la plupart du temps rien à voir avec la thérapie. Le ou la professionnel(le) devrait autant que possible tenter de trouver dans sa propre histoire des liens avec l'histoire de ses client(e)s : il est en effet toujours bon de pouvoir partir de points communs.

Constellations et dynamiques intrafamiliales

Il se trouve toujours quelqu'un dans la famille qui s'occupe plus intensément de la personne dépendante. Aussi devons-nous, si nous voulons que la famille soit prête à nous « abandonner » l'un de ses membres, lui offrir un substitut, soit une autre personne vers laquelle elle pourra diriger une énergie désormais devenue libre. Souvent, dans une première phase, les professionnel(le)s du travail social doivent proposer leurs ser-

vices au membre de la famille le plus impliqué. Il suffit par exemple de penser aux longs entretiens téléphoniques avec la mère (surtout lors de thérapies résidentielles) qui appelle presque chaque jour pour parler de son fils ou de sa fille.

S'engager avec de telles personnes dans une lutte de pouvoir et se disputer le ou la patient(e) désigné(e) n'a aucun sens ; il vaut mieux accepter la situation et diriger l'échange thérapeutique. Par la suite, on thématise ouvertement la relation particulièrement étroite existant entre l'un des parents et l'enfant. Une attention particulière étant accordée aux mécanismes provoquant une distorsion de la réalité (refoulement, idéalisation).

Plutôt que de se disputer en ayant un comportement en miroir et en se posant en concurrent, il vaut mieux travailler à une alliance thérapeutique avec la famille où chacun peut apporter, dans le respect de sa propre fonction, sa contribution personnelle à la thérapie. On attachera enfin beaucoup d'importance à l'individu et on accordera suffisamment d'espace aux besoins, impulsions, rêves et désirs de chacun(e) pour qu'ils puissent convenablement s'exprimer.

La visite à domicile – un classique de la thérapie familiale – peut aussi se révéler un très bon moyen. En tous les cas, ce travail en territoire étranger, s'il peut se révéler risqué, ne doit toutefois pas être tabou.

Si la thérapie doit permettre de dévoiler les processus ayant eu des effets traumatisants, les dyades – et pas uniquement celles typiques en thérapie familiale – doivent également être analysées avec précision. Père, mère, 1^{er} enfant, 2^e enfant, toutes ces personnes seront mises en relation les unes avec les autres. Il est important aussi que les client(e)s aient clarifié leurs dépendances relationnelles pour qu'une thérapie de l'addiction soit possible. A ce propos, le mode d'initiation à la drogue – seul, à deux, en groupe – doit lui aussi être reconstitué et analysé en profondeur.

Il est important de tenir compte de la dimension trigénérationnelle de l'histoire familiale, un rôle central revenant souvent aux grands-parents dans les familles issues de la migration ; soit parce que réellement présents, soit en tant que référence émotionnelle. Aussi faudrait-il tou-

jours reconstituer les deux familles d'origine même si, généralement, l'une d'entre elles est plus fortement impliquée dans l'histoire.

Thèmes thérapeutiques

Les thèmes suivants peuvent être discutés lors des séances de thérapie : familles d'origine et histoire migratoire, abandon de ses parents, expériences migratoires traumatisantes, mythe de la migration.

Il ressort toujours et encore des histoires de cas d'adolescent(e)s que la dépendance aux drogues est le lieu où convergent les thématiques familiales non résolues. Ces thèmes (tels que l'histoire migratoire) doivent être remodelés en contenus relationnels utilisables, processus qui facilite l'échange intergénérationnel.

Nombre de familles émigrées ont pour caractéristique particulière la transmission, de parents à enfants, d'une tâche symbolique, ce qui représente une grande difficulté.

Alors que le malaise dû à la dépendance aux drogues était devenu une stratégie de vie, la thérapie familiale doit mettre fin à cette tendance et créer des passerelles de communication. Une des approches thérapeutiques possibles consiste à agir de telle manière sur le système familial – au moyen d'« ordonnances » apparemment absurdes – que le symptôme ne puisse pas continuer d'exercer sa fonction stabilisatrice sur l'équilibre familial (conformément au concept d'intervention paradoxale développé par Selvini Pallazzoli).

Il est important, dans la famille, de travailler avec ce qui fonctionne, plutôt que de risquer de traiter un faux problème, un mal davantage projeté que réel.

Le travail transculturel est l'occasion d'examiner non seulement l'individualité des client(e)s, mais également les professionnel(le)s qui, en tant que sujets, occupent une place centrale, avec leurs réflexions. Avoir conscience de son appartenance culturelle comme de la relativité de cette appartenance fait partie intégrante de leur travail.

14

Collaboration avec les communautés de migrant(e)s

Les communautés et organisations de migrant(e)s sont importantes avant tout pour le travail de prévention et pour une large diffusion, au sein de la population migrante, des informations sur les offres d'aide. Entrer dans ces communautés n'est toutefois pas toujours simple et maintenir avec elles des contacts actifs exige la plupart du temps beaucoup d'investissement.

Fonctions des communautés de migrant(e)s

Selon que la migration d'un groupe déterminé de population remonte à plus ou moins longtemps, les communautés et organisations fondées dans le pays d'accueil ont des fonctions diverses. Dans la phase initiale d'émigration d'un groupe déterminé, il s'agit plus de se soutenir mutuellement, de se rencontrer et d'échanger entre compatriotes, de ressentir son appartenance à une collectivité particulière et enfin de retrouver des rôles ancestraux. Dans une phase ultérieure plus organisée, les préoccupations sociopolitiques passent au premier plan, l'organisation devenant pour ses membres un lien entre l'Etat d'origine ou son ambassade et les autorités du pays d'accueil. C'est ainsi qu'elle intervient en faveur de procédures administratives, des droits sociaux et politiques et fournit à ses membres un soutien pratique en la matière. Plus tard, une fois disparus les problèmes directs d'intégration, en particulier une fois arrivée la seconde génération grandie dans le pays d'accueil, les organisations sont souvent plutôt culturelles ou régionales. Il est donc important, en travaillant avec les communautés de migrant(e)s, de bien savoir à chaque fois lesquelles de ces fonctions elles ont, respectivement à quel point et de quelle manière une collaboration peut s'établir.

Objectifs du travail avec les communautés de migrant(e)s

La collaboration avec une organisation de migrant(e)s a le plus souvent pour objectif d'entrer en contact avec des migrant(e)s qui ne peuvent guère être atteint(e)s par d'autres canaux afin, par exemple, de pouvoir transmettre des informations sur des offres d'aide ou des questions de prévention. Cette collaboration peut aussi servir au travail en réseau, dans l'optique d'un renforcement du réseau social de la clientèle. Si les circonstances s'y prêtent, une personne-clé de la communauté pourra être directement intégrée dans le processus thérapeutique.

A prendre en considération

Il convient de faire preuve d'ouverture et de neutralité à l'égard des valeurs traditionnelles et spirituelles d'une communauté, valeurs qui peuvent parfois être utilisées comme ressources et facteurs de protection. Il est important, à ce propos, de tenir compte d'éventuels tabous : l'addiction ou l'infection au HIV d'un membre peut signifier la stigmatisation de toute la communauté et avoir pour conséquence que la personne en question se verra évitée ou exclue.

Il est également important de bien connaître les structures de pouvoir ; être en contact ou travailler avec la « mauvaise » personne peut en effet faire perdre toute chance d'accéder à la communauté. S'adjoindre la collaboration de personnes elles-mêmes membres de la communauté et jouant le rôle de médiateurs(trices) ou de multiplicateurs(trices) peut être d'un grand secours.

15

Réseaux sociaux

Le processus migratoire s'accompagne de difficultés et de situations de stress. La capacité de les maîtriser dépend notamment des réseaux sociaux dans lesquels une personne est intégrée, ainsi que de la sécurité et du sentiment d'appartenance que ceux-ci lui procurent.

La migration en tant qu'événement critique

Les processus migratoires peuvent être considérés comme des événements de vie critiques. Ils sont occasionnés par des mutations sociales et culturelles : modifications des structures familiales et des réseaux sociaux, perte de statut, modification de la répartition des rôles et transfert de rôles, nouveaux symboles et nouvelles attributions de sens, langue et législation différentes. Peuvent s'y ajouter d'autres difficultés et expériences négatives telles que le racisme ou la discrimination sociale.

Des conditions de vie précaires influent sur les structures familiales et le comportement éducatif. Les situations inconnues engendrent des sentiments d'insécurité et du stress chez les personnes concernées. Du surmenage dans la vie quotidienne peut conduire à des relations sociales et émotionnelles pesantes et tendues.

Du fait de l'absence de réseaux sociaux et de soutien de l'entourage familial, la satisfaction de besoins sociaux et émotionnels se voit fréquemment renvoyée à plus tard (vacances, retour dans le pays d'origine) et compensée par l'acquisition de biens matériels.

Maîtrise du stress

La maîtrise du stress dépend des facteurs de protection et de risque d'un individu. En outre, une rupture de l'équilibre entre facteurs salutogènes et pathogènes entraîne une charge pour la santé. Quant aux situations prolongées de stress, elles peuvent provoquer des maladies psychiques et une dépendance à des substances psychoactives.

Réseaux sociaux et santé

Dans notre société moderne basée sur la division du travail, les réseaux sociaux peuvent grandement contribuer à la santé sociale, en ce qu'ils procurent sécurité, sentiment d'appartenance et donnent un sens à la vie. Bernd Röhrle considère les éléments du soutien social ci-dessous comme protecteurs :

- attaches sociales
- réduction du stress
- soutien dans la maîtrise des problèmes de la vie quotidienne
- satisfaction des besoins fondamentaux
- renforcement de la conscience de sa propre valeur
- formation d'une identité stable
- transmission de normes et de valeurs
- orientation
- fonction de contrôle

Mise sur pied de réseaux sociaux

Le but est de développer ou de mettre sur pied un réseau social porteur en faveur des client(e)s. Cela débutera par une analyse de l'état de leurs réseaux sociaux, en fonction des caractéristiques suivantes : quantité, qualité, proximité, cohésion, lacunes relationnelles, contacts sociaux. C'est sur la base de cette analyse qu'il sera possible de développer les ressources dont disposent réellement les client(e)s.

Le développement et la mise sur pied concrète, pas à pas, d'un réseau exige ensuite le soutien des professionnel(le)s. Ils ou elles peuvent servir de médiateurs(trices) auprès de groupes d'entraide, organiser des groupes de parents au sein de l'institution et s'investir dans les quartiers concernés. Les réseaux institutionnels peuvent mettre à disposition de l'aménagement de réseaux sociaux leurs ressources et établir le contact

avec des personnes-clés. Enfin l'institution peut elle aussi, dans le cadre de ses relations publiques, contribuer à éradiquer des opinions xénophobes.

Procédé et instruments

La réussite du travail en réseau repose sur une conscience accrue, chez les client(e)s, du soutien que leurs propres ressources sociales peuvent potentiellement leur apporter. Ce travail peut néanmoins rencontrer nombre de résistances, dues à une profonde défiance ayant pour arrière-fond leur histoire de migration. C'est ainsi que sentiments de honte, manque de confiance en soi, traumatismes ou crainte de l'autorité peuvent faire obstacle au processus d'émancipation.

Une entrée en relation chaleureuse où l'on exprimera l'estime et la reconnaissance pour ce qui a été réalisé ne manquera pas d'aplanir le chemin pour la suite du travail. Un accompagnement pratique au quotidien sera également d'une grande aide.

Instruments utiles au processus d'émancipation :

- l'analyse de situation à l'aide de la théorie de l'atome social et culturel (selon Jacob Moreno).
- des entretiens de groupes recourant à la technique de l'interaction centrée sur le thème (selon Ruth Cohn).
- promotion des compétences sociales : les manuels de la thérapie comportementale dialectique selon Marsha Linehan peuvent être d'une très grande aide.

16

Femmes et prostitution

Les femmes migrantes travaillant dans le milieu de la prostitution sont difficiles d'accès pour les professionnel(le)s des dépendances. En particulier en raison de la gêne, voire de la honte liée à leurs activités. Elles cachent ainsi souvent leur véritable activité aux services spécialisés (médecins, services sociaux et administratifs, etc.). Une vision réaliste de leur situation est par conséquent difficile à avoir.

Entrer en contact avec cette population, leur amener des messages clairs et ciblés de prévention (MST, maladies infectieuses, etc.) et les aiguiller vers le réseau médico-social existant, si nécessaire, sont les objectifs principaux à poursuivre.

Les femmes sont confrontées à plusieurs difficultés qui ont des répercussions sur leur santé et leur prise de contact avec des services d'aide.

Précarité des conditions de travail

L'exercice du travail du sexe est fréquemment lié à des facteurs économiques. Cette activité permet aux femmes migrantes de financer un projet professionnel impossible à réaliser dans leur pays d'origine ou plus généralement d'entretenir une partie de leur famille restée au pays. Les femmes sont, de ce fait, victimes des pressions familiales (obligation d'envoyer de l'argent à la famille), tributaires de l'absence de contrôles policiers pour exercer leur activité lorsqu'elles sont sans-papiers et victimes de diverses personnes profitant de la précarité de leur situation.

Pression des clients pour des prises de risques

Les propositions de sexe tarifé se diversifient (salons de massage, clubs privés, rue, internet, etc.) et l'offre dépasse la demande. Par conséquent, les clients ont tendance à fixer les règles de la prestation et nombreux sont ceux qui cherchent à faire baisser les prix ou demandent une relation non protégée.

Pas de domicile stable

Lorsque les femmes sont sans statut de séjour valable en Suisse, elles sont obligées d'avoir recours à la sous-location. Il s'agit de domiciles précaires, car dépendant des personnes qui sous-louent (difficulté à trouver un logement, expulsion immédiate si le loyer n'est pas payé, prix de location exorbitant, etc.).

Pas d'assurance-maladie

Malgré le droit à toute personne de contracter une assurance-maladie, de nombreuses femmes sans-papiers ne sont pas assurées. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette situation : méconnaissance du droit d'être assurée, réticences des caisses maladie à assurer une personne clandestine ou système d'assurance trop onéreux pour leurs revenus.

Accès aux soins spécialisés difficile

Compte tenu de l'absence fréquente d'assurance-maladie, l'accès aux soins spécialisés est difficile. Les femmes minimisent souvent les symptômes qu'elles ont et diffèrent une consultation. Lorsque le problème médical devient aigu, la prise en charge est faite dans l'urgence et est ainsi directement liée à la sensibilité du personnel social et médical.

Les tabous sur les consommations rendent la prévention difficile

On constate fréquemment une consommation excessive de produits psychotropes chez les travailleuses du sexe. Certaines d'entre elles étaient déjà consommatrices dans leur pays d'origine. Les substances sont utilisées pour se donner du courage avant d'aller travailler, pour anesthésier un mal-être lié à l'activité et aux conditions de vie. Les produits psychotropes sont souvent mélangés (cocaïne, cannabis, alcool et

médicaments). L'approvisionnement en médicaments se fait fréquemment par Internet. La consommation mène à une baisse de vigilance sur le lieu de travail et outre la mise en danger de la santé, c'est aussi la sécurité de la personne qui est touchée. Parler réductions des risques et consommation avec les femmes migrantes est difficile, car le sujet est souvent tabou et la consommation inavouée.

Déclarer une agression

Lorsque les femmes en situation irrégulière sont victimes d'agression et vont déposer une plainte contre leur agresseur auprès de la police judiciaire municipale, elles subissent régulièrement un examen de leur situation en Suisse et passent parfois plusieurs heures en cellule. Leur statut de victime se transformant en statut d'accusée rajoute encore au traumatisme de l'agression. Diverses entrevues et négociations avec la police peuvent aboutir (c'est le cas à Lausanne par exemple) à un compromis respectueux des droits des êtres humains.

Etablir une relation de confiance

Il est essentiel d'aborder le thème de la consommation par des moyens détournés : par exemple, par la question de la sécurité de la femme dans l'exercice de son activité (vigilance amoindrie). La mise en place d'une relation de confiance permet d'aborder les inquiétudes des femmes pour leur santé et leur sécurité. Cela permet aussi de transmettre les messages principaux de prévention ainsi que des informations sur les divers produits psychotropes (par des fiches thématiques affichées et par la remise de matériel de prévention dans différentes langues). Pour établir une relation de confiance, il est possible de mettre en place un espace de parole où chacune peut s'exprimer librement. Les femmes prostituées toxicomanes sont parfois stigmatisées par les femmes prostituées qui ne le sont pas. L'appartenance à une autre culture peut encore accentuer cette stigmatisation et un espace de parole peut permettre d'établir un dialogue entre les clientes, de baisser les tensions et de favoriser la tolérance. De la part des intervenantes, il est aussi utile de faire un travail collectif sur leurs représentations des différentes appartenances et réalités des clientes. Elargir l'équipe avec des femmes ayant un parcours de migration, et donc souvent un grand potentiel de capacités transculturelles, devrait

être favorisé. Cela permettrait d'approcher certaines populations migrantes qu'il est difficile d'atteindre et de familiariser les intervenantes avec certaines caractéristiques du travail du sexe pour ces populations.

17

Service social

Une personne franchissant la porte d'un service social afin d'y requérir de l'aide est souvent mal à l'aise et exprime fréquemment un sentiment de honte. C'est un dernier recours, car plus aucune structure ne peut lui venir en aide (notion de subsidiarité). La dépendance à l'argent de la communauté est un poids que la personne porte souvent avec peine. Si celle-ci est étrangère et souffre de dépendance, on constate que ce malaise se transforme facilement en sentiment « de perte de la face » ou de l'honneur. Les risques ne sont pas uniquement individuels mais aussi collectifs à travers l'appartenance familiale et/ou clanique.

Le paradoxe du travail dans un service social

La qualité de vie d'un ou d'une migrant(e) dépend de la compétence qu'il ou elle développe à se construire une nouvelle identité à travers une redéfinition et une négociation entre son identité personnelle et culturelle. Une multitude de facteurs externes et internes participent à cette construction : un des éléments importants est sa relation avec le système sociosanitaire du pays qui l'accueille. Les migrant(e)s ont souvent recours aux services sociaux, ceci pour différentes raisons. L'assistant(e) social(e), considéré(e) comme un « agent » de la fonction publique, doit alors assumer un rôle complexe. Il ou elle intervient d'une part en prenant un ensemble de mesure selon des règlements, lois et autres ordonnances qui souvent n'ont pas la même signification pour les migrant(e)s. Il ou elle est donc un « agent limitatif » et empêche les abus. D'autre part, il ou elle doit jouer un rôle de médiateur(trice) culturel(le) en intégrant un facteur relationnel positif indispensable à une bonne relation avec le ou la migrant(e).

Déni

L'assistant(e) social(e) risque d'être mis(e) en difficulté par la stratégie d'évitement, bien souvent inconsciente, mise en action par le ou la migrant(e), sous pression parfois de son entourage. Il ou elle aura tendance à cacher une dépendance, à ne pas la nommer. Cette stratégie de déni crée aussi un paradoxe puisqu'il s'agit de ne pas dévoiler ce qui est perçu comme honteux par le ou la migrant(e) mais de substituer une demande d'aide pour une dépendance par une autre demande à l'image d'un leurre (un leurre en tant que mécanisme d'autodéfense).

Un constat intéressant a été fait dans un service social : sur un groupe de 200 personnes d'origine étrangère, le personnel interrogé estime à une dizaine le nombre de personnes ayant un problème de dépendance. Les hôpitaux somatiques, au contraire, ne voient pas la même réalité. La proportion d'hospitalisations suite à un problème de dépendance serait proche du tiers.

Une explication à ce décalage provient du fait que les immigrés cachent leur dépendance pour éviter de perdre la face. Par le fait d'avoir quitté leurs proches, ils ou elles ont une obligation de réussite face à la famille. Dans une attitude de défense, ils ou elles détournent inconsciemment l'attention du thérapeute sur un autre objet ou sujet de préoccupation.

Reprenant les considérations ci-dessus, on pourrait formuler l'hypothèse que le ou la migrant(e) est enfermé(e) dans un paradoxe que l'on pourrait formuler comme suit :

« Je suis dépendant(e), c'est une honte pour moi, ma famille et ma communauté, je ne dois donc pas en parler ! Mais pour guérir il faudrait que j'en parle et que, par là, je mette en danger l'équilibre de mon groupe d'appartenance identitaire d'origine. Mon équilibre personnel serait ainsi menacé ! »

Approche systémique

La variante culturelle introduit donc une complexification de la prise en charge dont l'intervenant(e) doit tenir compte.

Nous pouvons dire que cette compréhension préalable est nécessaire pour travailler parmi les migrant(e)s souffrant de dépendances dans les services sociaux. Nous proposons d'aller au-delà des préconstruits culturels et d'imaginer le développement d'une stratégie qui tient compte de l'individu mais aussi de son identification aux contraintes culturelles du groupe. A cet effet, il semble que l'approche systémique est la mieux à même de fournir des outils contextuels nécessaires à ce travail.

Basé sur la confiance

Le travail sera facilité si la relation est perçue par le ou la professionnel(le) comme une expérience enrichissante. Vivre la relation avec « l'autre » en faisant preuve d'empathie établira un contrat de confiance permettant la parole et le « diagnostic du problème dans sa réalité ». Commence alors seulement ce que l'on appelle la co-construction d'une solution.

Vu la complexité du problème et la supposée nécessité de ne pas « rater sa cible », pourquoi ne pas laisser le droit à l'intervenant(e) de ne pas s'occuper de migrant(e)s si tel n'est pas son souhait ! Cela équivaut à en accepter la complexité et non pas à disqualifier l'intervenant(e) (dans certains services, des professionnel(le)s ne sont pas à l'aise avec des enfants par exemple alors que d'autres prennent en charge les familles). Une alternative possible serait aussi la création de spécialisations internes dans les services sociaux. Des travailleurs(euses) sociaux(les) pourraient alors traiter des problèmes spécifiques et conseiller leurs collègues au besoin. Une décharge en temps leur permettrait de devenir des spécialistes locaux de la migration ; ce qui se justifierait par le nombre élevé de migrant(e)s.

Le ou la travailleur(euse) social(e), bien qu'agent public, ne peut pas être « seulement » agent public, il ou elle est toujours un vis-à-vis ! Il ou elle ne peut « administrer l'autre » et aura toujours besoin de créer des liens pour comprendre la demande de son ou de sa client(e). L'outil principal pour y arriver est sa capacité à considérer l'autre dans sa globalité en étant capable de l'écouter et de s'impliquer dans une relation. Pour cela, une certaine liberté personnelle est également requise...

18

Bases juridiques : droit de la migration – sécurité sociale

Le suivi de client(e)s de nationalité étrangère dans les institutions du domaine des dépendances pose des questions en terme du droit aux assurances. Il est parfois difficile de s'orienter dans cette multitude de lois, c'est pourquoi une vue d'ensemble des bases juridiques liées à cette thématique est proposée.

1 Droit de la migration

Le 1^{er} janvier 2008 a vu l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les étrangers (LEtr). Elle règle principalement l'entrée et la sortie en Suisse, l'admission aux divers types de séjour, le regroupement familial, la politique d'intégration ainsi que la fin du séjour, y compris les mesures de contraintes. La loi sur l'asile (LAsi) ainsi que la loi fédérale sur l'acquisition et la perte de la nationalité suisse (loi sur la nationalité, LN) règlent d'autres statuts juridiques spécifiques. Il faut par ailleurs relever que plus de la moitié de la population résidente non suisse dépend en premier lieu de l'accord sur la libre circulation des personnes (LCP). Les ressortissant(e)s des Etats non-membres de l'UE sont appelés ressortissant(e)s d'Etat tiers. La LEtr concerne en premier lieu ces ressortissant(e)s d'Etats tiers, qui ne bénéficient d'aucun des privilèges découlant de la LCP.

1.1 Nationalité et conventions

Juridiquement, la première question qui se pose est de savoir si quelqu'un possède une nationalité ou non et, si oui, laquelle. Ne disposent (selon les circonstances) d'aucune nationalité les personnes dites sans-papiers ou encore les apatrides. Pour les ressortissant(e)s étrangers(ères), il faut donc aussi vérifier s'il existe un accord – ou « convention » – sur la sécurité sociale avec leur Etat d'origine. Interviennent en outre les lois

fédérales et ordonnances relatives, les circulaires, les directives ainsi que les sources cantonales voire communales du droit. La question d'un droit aux prestations ne peut faire l'objet de catégories ou de réponses générales à partir du statut de séjour (p. ex. autorisation de séjour B ou d'établissement C). C'est ainsi qu'en matière de sécurité sociale les dispositions applicables à une ressortissante italienne, bosniaque ou indienne au bénéfice du même type d'autorisation de séjour pourront ne pas être les mêmes selon les conventions passées avec leurs pays. Naturellement, il y a aussi nombre de situations où la nationalité ne joue aucun rôle, le domicile ou l'exercice d'une activité lucrative en Suisse, par exemple, suffisant en soi à ouvrir un droit à des prestations. La nationalité et une éventuelle convention constituent néanmoins les critères de base lorsqu'il s'agit d'établir un droit à des prestations de sécurité sociale.

1.2 Droit constitutionnel et droit international

En principe, l'article 8 alinéa 2 de la Constitution fédérale (Cst) qui institue l'égalité de traitement entre ressortissant(e)s suisses et étrangers(ères) s'applique également aux assurances sociales. Une exception n'est possible en la matière que lorsque la nationalité représente un critère objectif de différenciation. La Suisse a conclu de nombreux accords bilatéraux et multilatéraux en matière de sécurité sociale afin de renforcer ce principe d'égalité de traitement. Deux de ces accords les plus importants sont l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) ainsi que la Convention instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE) avec les Etats de laquelle – Liechtenstein, Islande et Norvège – une réglementation analogue à celle de la LCP fut adoptée.

1.3 Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP)

L'accord sur la libre circulation des personnes montre à quel point un accord peut influencer le statut juridique de ressortissant(e)s étrangers(ères) en matière de sécurité sociale. En vigueur depuis le 1^{er} juin 2002 et constituant un droit directement applicable, il règle – du point de vue suisse – le statut juridique des ressortissant(e)s des Etats membres de l'UE, en particulier l'entrée et le séjour en Suisse de personnes ayant ou non une activité lucrative. Le but en est de garantir que seront réciproquement accordées les mêmes conditions de vie, d'emploi et de

travail que celles accordées aux nationaux (art. 1 ALCP). Un des principes essentiels en est la non-discrimination des ressortissant(e)s d'une partie contractante (art. 2). Le devoir de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale permet ainsi de garantir la libre circulation dans l'espace européen. L'article 8 de l'ALCP stipule que cette coordination doit régler notamment l'égalité de traitement, la détermination de la législation applicable et le paiement des prestations. Ce devoir de coordination n'implique toutefois pas un devoir d'harmonisation. A moins que l'ALCP ne parvienne à modifier cet état de fait, ce sont les accords bilatéraux sur la sécurité sociale déjà existants qui entrent en jeu. Il faut donc toujours vérifier si un tel accord peut être appliqué, que ce soit du point de vue de la personne, de l'objet ou du temps.

2 Sécurité sociale

S'il a été question jusqu'ici de sécurité sociale c'est que, d'un point de vue juridique, l'aide sociale d'urgence et le droit des assurances sociales représentent des sources financières différentes, même si toutes deux contribuent à garantir la sécurité sociale des ressortissant(e)s suisses et des migrant(e)s. A cet égard, il faut déterminer quelle institution doit être sollicitée en priorité et laquelle peut n'être que subsidiairement mise à contribution.

2.1 Aide d'urgence et aide sociale

Selon l'article 12 de la Constitution fédérale (Cst), « quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ». Ce qui est appelé le droit au minimum vital, duquel les requérant(e)s d'asile et les sans-papiers peuvent aussi se réclamer. Le minimum légal octroyé au titre du droit des assurances sociales l'est par le canton de domicile ou de séjour, d'autant plus que l'aide sociale est régie par les législations cantonales. En se fondant sur le droit cantonal ou communal, les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) acquièrent dès lors un caractère obligatoire, caractère contraignant qu'elles n'ont pas a priori puisqu'il s'agit des normes d'une organisation faïtière. De même, la Suisse a aussi conclu une convention d'assistance avec des pays comme l'Italie, le Portugal et la Turquie.

2.2 Droit des assurances sociales

Contrairement au droit pratiquement universel à un minimum vital provenant de l'aide sociale ou de l'aide d'urgence, le droit des assurances sociales relève d'abord du droit fédéral et est subordonné à d'autres critères. L'assurance sociale couvre en premier lieu les conséquences juridiques de la réalisation d'un risque (p. ex. maladie, accident, invalidité, décès), pour autant que certaines conditions soient remplies, que ce soit du point de vue de la personne, de la matière ou du temps.

Exemple : selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), une personne est assurée contre les accidents dès le jour où elle commence ou aurait commencé le travail en vertu de l'engagement, mais en tout cas dès le moment où elle prend le chemin pour se rendre au travail (art. 3, al. 1 LAA). Au cas où l'assuré(e) se trouve totalement ou partiellement incapable de travailler par suite d'un accident, il ou elle a droit à une indemnité journalière. Ce droit naît le 3^e jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré(e) a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré(e) décède. L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est cependant pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (art. 16 LAA). Si l'événement initial n'est pas qualifié d'accident mais de maladie, c'est en principe la LAMal qui s'applique. S'agissant de la personne, il faut conséquemment vérifier si elle est assurée à titre obligatoire ou facultatif. Puis s'il s'agit objectivement, du point de vue du droit des assurances sociales, d'un accident et s'il y a une incapacité totale ou partielle de travail. Enfin, depuis quand et jusqu'à quand l'assureur-accident est tenu de verser des prestations, que ce soit au titre d'indemnités journalières et/ou pour des frais de traitement.

L'aide sociale n'intervient qu'à titre secondaire, pour autant qu'il ne soit pas possible de faire valoir un droit à l'encontre des assurances sociales. Aussi est-il à chaque fois important de clarifier le droit à d'éventuelles prestations (provisaires) dues par exemple au titre d'indemnités journalières ou de rentes, en particulier lorsque diverses assurances sociales entrent en ligne de compte (exemple typique : combinaison entre assurance-accidents, assurance-maladie, assurance-chômage et assurance-

invalidité). En plus d'être subordonnées à diverses lois et ordonnances fédérales telles la LAI/RAI ou LAMal/OAMal, les diverses branches légales des assurances sociales le sont par principe à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), qui règle les rapports entre assurances sociales fédérales et assurés. La LPGA définit notamment les concepts de maladie, d'accident, d'incapacité de travail et d'invalidité, ainsi que les différents types de prestations (prestations financières ou en nature). Elle comporte aussi une disposition sur la réduction ou le refus de prestations en cas de dommage causé intentionnellement ou de violation du devoir de réduction du dommage (art. 21) ainsi que d'autres principes de procédures (p. ex. art. 28 – Devoir de collaboration des assurés, art. 33 – Obligation de l'autorité de garder le secret à l'égard de tiers). Enfin, elle contient des règles de coordination comme aussi des dispositions sur l'assistance judiciaire nécessaire pour garantir l'application du droit en cas de litige.

3 Critères de rattachement dans l'assurance sociale

Dans toutes les branches du droit des assurances sociales – assurance-vieillesse et survivants (AVS), assurance-invalidité (AI), assurance-maladie (LAMal), assurance-chômage (LACI), assurance-accidents (LAA), prestations complémentaires (PC), prévoyance professionnelle (LPP), allocations familiales et pour enfants ainsi qu'allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité – il faut examiner leur applicabilité respective à raison de la personne, de la matière et du temps, à l'aide des critères de rattachement ci-dessous.

A ce propos, il faut toujours se demander :

- quel est le droit applicable (cf. chiffre 1) ;
- si une personne est soumise à une branche du droit des assurances sociales en vertu de son domicile ou d'une activité lucrative ;
- si des cotisations doivent être versées en tant que personnes exerçant ou non une activité lucrative ;
- s'il y a obligation de cotiser ou choix de la cotisation et si la cotisation a été versée durant la période minimale exigée ;
- si s'applique le principe de la soumission à la législation du lieu de travail ou à celui du pays dans lequel le travail s'effectue ;

- si l'objet de cotisation (soit la base servant à calculer le montant de la cotisation) peut être déterminé ;
- si la rétrocession de cotisations pourrait – en cas de départ de la Suisse – être réclamée ;
- s'il y a tout simplement sinistre et qualité d'assuré ;
- s'il existe une convention internationale et si toutes les assurances sociales concernées y sont incluses.

4 Assurance-maladie obligatoire

L'assurance-maladie suisse comprend, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières que nous n'aborderons pas ici. Adhérer à l'assurance des soins étant obligatoire, toutes les personnes domiciliées en Suisse en bénéficient en principe. Il y a donc obligation de s'assurer. Cette obligation doit garantir la solidarité dans l'assurance sociale. L'adhésion doit intervenir dans les 3 mois qui suivent la prise de domicile ou la naissance en Suisse. Des exceptions limitées à l'obligation de s'assurer sont cependant possibles, par exemple pour des étrangers(ères) bénéficiaires d'immunités. L'obligation de l'assureur de fournir des prestations dépend de l'affiliation à une assurance-maladie. Le remboursement des prestations n'intervient qu'une fois l'affiliation effective. Les prestations peuvent de surcroît être refusées à tous et toutes les assuré(e)s ne s'acquittant pas de leurs obligations en termes de cotisations ou de primes. Il s'ensuit de fait une suspension de la couverture au sens du droit des assurances. Il est déterminant, pour que des prestations soient versées, que les fournisseurs de prestations (médecins, pharmaciens, chiropraticiens, sages-femmes, laboratoires, établissements médico-sociaux ou de cure balnéaire, etc. ; cf. art. 35 ss LAMal) soient admis. Encore faut-il, pour que des prestations soient remboursées, qu'elles soient de surcroît efficaces, appropriées et économiques. En cas de doute, la prudence s'impose et la prise en charge des coûts doit être préalablement confirmée par la caisse-maladie.

Sous réserve de dispositions dérogoatoires de la législation sur l'asile, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) s'applique également aux requérants d'asile. Peuvent cependant être limités, en vertu de l'art. 82a de la loi sur l'asile, tant le choix de l'assureur-maladie que celui du four-

naisseur de prestations. L'« Arrêté fédéral concernant le statut des réfugiés et des apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité » règle l'assimilation de principe des réfugié(e)s et apatrides aux ressortissant(e)s suisses dans le domaine de l'aide sociale et des prestations relevant du droit des assurances sociales. A noter que par réfugié(e)s, contrairement aux requérants d'asile, il faut entendre les personnes reconnues comme telles et ayant obtenu l'asile en Suisse. Or, l'affiliation et le paiement des primes, fondés sur la simple domiciliation en Suisse – et non la nationalité – constituent pourtant le critère de rattachement à telle ou telle assurance. Il convient toutefois d'observer qu'avec l'entrée en vigueur de la LCP c'est le pays où ils ou elles travaillent et non le domicile qui est déterminant pour les ressortissant(e)s des Etats concernés. Il en va de même du système d'assurance des familles : autrement dit, les membres de la famille n'ayant pas d'activité lucrative sont assurés là où est assuré le membre ayant une telle activité. A noter que les frontaliers des pays limitrophes de la Suisse disposent du droit de choisir leur assureur. A la lumière de ce qui précède, il ressort que toutes les personnes domiciliées en Suisse ont par principe droit, du fait de l'obligation de s'assurer, au remboursement des prestations de soins maladie.

4.1 Assurance-maladie en cas de dépendance

Voyons maintenant ce qu'il en est du remboursement, en vertu du droit de l'assurance-maladie, de prestations en cas de dépendance, notamment de toxicomanie. Un comportement de dépendance ne représente une maladie, au sens du droit des assurances sociales, que lorsque les causes et conséquences de la dépendance sont imputables à une maladie, ou en causent une, et qu'un traitement médical est nécessaire. La difficulté est à cet égard d'établir s'il existe une dépendance nécessitant traitement et à quelles conditions en résulte un devoir de prestations de la part de l'assureur-maladie.

Il peut être procédé, en vertu du droit des assurances sociales, à des réductions voire à des refus de prestations lorsqu'un ou une assuré(e) ne se conforme pas à son devoir de réduction des dommages (principe : cf. art. 21 LPG). Toutefois, la mise à contribution de l'assurance-maladie en cas de toxicomanie ne peut être refusée en se référant au devoir de

réduction des dommages de l'assuré(e). Et ce, même si l'on peut dire que celui-ci a, sinon intentionnellement, du moins éventuellement intentionnellement provoqué une dépendance ou une maladie. « Eventuellement intentionnellement » signifiant que l'on ne souhaite pas forcément la survenue d'un événement mais que l'on accepte cas échéant l'éventualité de le provoquer.

Le chiffre 8 de l'annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) fixe l'étendue des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de toxicomanie ayant caractère de maladie. La jurisprudence fédérale (ATF 116 V 107 E. 7b – Question de la prise en charge d'un traitement à long terme à la méthadone chez des héroïnomanes) a pour conséquence qu'un refus de prestations pour cause de faute de l'assuré(e) est pratiquement exclu en cas de toxicomanie. L'hypothèse à la base de cet arrêté et de cette pratique est que l'échec d'un sevrage ne saurait être imputé, chez des toxicomanes, à l'absence de bonne volonté, mais à la dépendance elle-même. Se pose dès lors la question d'une inégalité de traitement par rapport à d'autres personnes dépendantes qui se voient astreintes à l'abstinence, à l'obligation de maigrir ou de limiter leur consommation d'alcool et/ou de tabac.

4.2 Conclusions

L'assurance-maladie constitue un exemple approprié pour montrer que les migrant(e)s n'ont pas à être plus mal loti(e)s que les Suisses et les Suissesses pour ce qui est du recours à des prestations relevant du droit des assurances sociales. Ce qui pose plutôt problème – et ce à l'ensemble des assurés – c'est l'interprétation des concepts d'efficacité, d'adéquation et d'économicité d'une prestation ainsi que, de manière générale, le sens à donner au devoir de réduction des dommages. Il est fréquemment fait mention, dans le discours tant juridico-politique que social, d'un « système à deux vitesses » s'agissant de la distinction entre ressortissant(e)s d'Etats au bénéfice de la LCP et ressortissant(e)s d'Etats tiers. Or il ne s'agit pas de mettre fin à des privilèges, nos efforts devant plutôt avoir pour objectif que les membres les plus faibles de la population migrante (requérants d'asile, sans-papiers) bénéficient autant que possible d'une égalité de traitement et voient leurs droits renforcés,

ce d'autant plus que l'idée de solidarité sociale est à la base même des assurances sociales. Pour ce qui est de la prise en charge des prestations dans les cas de dépendance, des efforts doivent encore être faits pour leur harmonisation et, là aussi, pour une égalité de traitement des personnes concernées aussi conforme que possible aux besoins.

19

Ancrage institutionnel et Qualité

L'objectif de l'ancrage institutionnel d'une intervention spécifique à la migration dans le domaine des dépendances est d'encourager et de consolider sa qualité, sa cohérence et sa continuité.

Approche top-down

Dans une institution du domaine des dépendances, une offre adaptée aux besoins des migrant(e)s est limitée si elle n'est pas ancrée institutionnellement et activement soutenue par la direction. Ce travail spécifique auprès des migrant(e)s dépend alors de l'initiative (aléatoire) ou du statut personnel de migrant(e)s de quelques collaborateurs(trices). Si ceux-ci ou celles-ci quittent l'institution, leurs connaissances en la matière sont aussi perdues. Pour assurer durablement l'offre, une approche « top-down » est donc aussi importante que l'engagement et les connaissances spécifiques de collaborateurs(trices). Il s'agit là d'un « diversity management » au sens large, intégrant - au profit de toutes et tous - les ressources et besoins hétérogènes du personnel et des client(e)s.

Systèmes de management de la qualité

On dispose de divers systèmes de management de la qualité pour garantir la qualité du travail d'une institution. Les indications fournies ci-dessous pour l'ancrage institutionnel d'une aide aux personnes dépendantes adaptée aux migrant(e)s suivent la systématique du référentiel modulaire QuaThéDA, la norme qualité de l'OFSP pour le domaine des dépendances (www.quatheda.ch).

1 Processus de management

Modèle institutionnel et stratégie/développement

Le modèle institutionnel peut codifier un principe général ; par exemple que les prestations offertes par l'institution soient accessibles à toutes les personnes ayant besoin d'aide, indépendamment de leur origine, de leur religion, cas échéant de leur langue et de leur statut de séjour. L'approche transculturelle selon laquelle les client(e)s seront appréhendé(e)s en fonction de la réalité de leur histoire personnelle et non sur fonds de stéréotypes culturels devrait également être décrite. Ceci peut aussi être l'occasion de mettre l'accent sur une approche centrée sur les ressources.

La stratégie découlant de ce modèle institutionnel mentionnera les objectifs à moyen terme, groupes-cible, offres, etc. au travers desquels l'institution entend se positionner dans son environnement. Il s'agira là aussi de définir les objectifs visés par rapport à la clientèle migrante. Les buts à court terme – liés à des adaptations de l'offre ou à des projets de développement ultérieur – y seront précisés, assortis de directives claires.

Concept d'exploitation et de prestation (buts, groupes-cible, offres, méthodes)

Le concept d'exploitation, qui définit la gestion et l'organisation pratique de l'institution, peut faire état d'unités organisationnelles, de canaux d'information et d'orientation ainsi que de responsabilités. Il pourra également répertorier les modalités de communication interne ainsi que les collaborations avec des offices et organismes extérieurs, des services spécialisés et des professionnel(le)s de la migration ou des associations de migrant(e)s.

Le concept de prestation de services définit les groupes-cible de l'institution, ses objectifs ainsi que l'offre subséquente de traitement, de thérapie ou de prise en charge. Peut y être décrit si et comment il est tenu compte des problématiques et ressources spécifiques à la clientèle migrante et quelles méthodes et canaux (ou moyens) sont engagés à cet effet. En font, par exemple, partie le recours à des interprètes et le travail avec les proches, qui peuvent parfois bénéficier de dispositions particu-

lières ou de dérogations (p. ex. concernant l'interdiction de contacts avec l'extérieur dans les institutions résidentielles). Un autre thème important est celui du temps consacré à la prise en charge, respectivement au traitement ou à la thérapie de client(e)s issu(e)s de la migration.

Direction et organisation

Il est important que le thème migration soit introduit et ancré – au sens d'un mainstreaming – à tous les niveaux et dans tous les canaux/lieux d'information et d'orientation. En plus des membres de la direction, d'autres personnes peuvent se voir chargées de cette question au sein de l'institution (avec des cahiers des charges et des ressources en rapport). La mise en place d'une information régulière est aussi importante. Comme pour d'autres formes de discriminations, la direction doit également établir des procédures claires en cas de discrimination raciste. Enfin, l'égalité des chances doit être garantie, que ce soit pour la clientèle ou les collaborateurs(trices) issu(e)s de la migration.

Communication externe et coopération

L'existence d'une clientèle issue de la migration rend particulièrement importantes les questions des difficultés d'accès aux offres et de collaboration interdisciplinaire.

Des contacts institutionnalisés avec les associations/organisations de migrant(e)s contribuent à réduire le déficit d'information et les aident à avoir confiance dans l'aide offerte aux personnes dépendantes. Ce travail de relations publiques (p. ex. sous forme de séances d'information) peut aussi être organisé conjointement par plusieurs institutions, profitant ainsi de synergies. Le concours de médiateurs(trices) ou de multiplicateurs(trices) peut se révéler décisif.

La coopération entre professionnel(le)s et une mise en réseau débordant les frontières de la spécialisation est indiquée, que ce soit avec d'autres institutions s'occupant de dépendance et ayant des offres spécifiques pour les migrant(e)s (notamment en vue d'éventuels transferts), avec des professionnel(le)s et institutions spécialisées dans les soins de santé (psychiatrie, consultations ambulatoires pour victimes de tortures ou de guerre, etc.) ou avec des spécialistes de la migration et de l'intégration (autorités, offices d'intégration, consultations juridiques).

Management de la qualité, conduite institutionnelle et évaluation

Il est important, pour garantir la qualité des objectifs et prestations spécifiques à la migration, de les faire figurer dans les principaux documents de l'institution et de les intégrer dans les procédures de management de la qualité.

Il se peut aussi que l'évaluation de l'offre exige de recueillir des données particulières liées à la condition de migrant(e), telles que nationalité, lieu de naissance, type de permis de séjour, durée de séjour en Suisse, moment de la migration (du ou de la client(e), de ses parents ou grands-parents), langue(s) parlée(s), langue des parents ou religion.

2 Supports**Personnel**

La compétence transculturelle des collaborateurs(trices) est un facteur central du succès du travail d'aide aux personnes toxicodépendantes issues de la migration et doit être prise en compte dans la politique du personnel (personnel avec expérience professionnelle dans le domaine migration, formation permanente et continue dans la compétence transculturelle, personnel lui-même issu de la migration).

Financement / Présentation des comptes

Le travail avec les migrant(e)s implique de leur consacrer plus de ressources et plus de temps (notamment pour les collaborations avec des professionnel(le)s ou services extérieurs, pour le travail d'information ou pour le recours à des interprètes). Les ressources nécessaires à cet effet doivent donc être prévues et garanties.

Prescriptions légales / Conventions

Les institutions doivent connaître et respecter les prescriptions légales relatives aux migrant(e)s ayant un impact sur leur travail, telles la loi sur les étrangers et la loi sur l'asile (y compris les ordonnances relatives) ou la norme pénale sur le racisme.

3 Processus de prestations

Les processus de prestation concernent les offres concrètes des institutions en matière de transmission d'information, phase exploratoire et admission, thérapie et réhabilitation, conseil, accompagnement, suivi, remise de substance, documentation, sortie, travail en réseau, intervention de crise. Les éléments et approches spécifiques aux migrant(e)s dont doit tenir compte le travail concret d'aide à ces personnes sont décrits dans les chapitres du manuel QuaThéDA.

20

Auteurs

Les textes du manuel ont été rédigés par les membres du groupe de projet et d'autres auteurs (cf. Introduction). Certaines contributions proviennent d'un travail individuel, d'autres de discussions entre les membres du groupe ou d'échange entre ceux-ci et des collègues.

Les auteurs ont travaillé les thèmes suivants

- Anne Ansermet Pagot : Femmes et prostitution, Thérapie à l'étranger, Collaboration avec les communautés de migrant(e)s.
- Aline Bernhardt Keller : Travail de rédaction, Travail avec des interprètes, Femmes et prostitution.
- Osman Besić : Compétence transculturelle.
- Rut Brunner Zimmermann : Enfants – Jeunes – Parents.
- Umberto Castra : Travail avec les familles, Communication et travail relationnel, Thérapie à l'étranger, Collaboration avec les communautés de migrant(e)s.
- Mehmet Ertogrul : Enfants – Jeunes – Parents.
- Nelson Feldman : Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité, Travail avec des interprètes, Thérapie à l'étranger, Collaboration avec les communautés de migrant(e)s.
- Marianne König : Travail de rédaction, Introduction, Ancrage institutionnel et Qualité, Communication et travail relationnel.
- Andrea Kromer : Enfants – Jeunes – Parents.
- Pablo Sanchez-Mazas : Transculturalité et dépendance, Thérapie à l'étranger, Collaboration avec les communautés de migrant(e)s.
- Eliane Schnellmann : Anamnèse, Réseaux sociaux, Communication et travail relationnel.
- Attiya Sheikh : Bases juridiques : droit de la migration – sécurité sociale.
- Isabelle Soullignac : Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité.
- Gianni Tiloca : Enfants – Jeunes – Parents, Communication et travail relationnel.
- Enrico Tolotti : Processus de guérison, Service social, Thérapie à l'étranger, Collaboration avec les communautés de migrant(e)s.
- Safija von Beg : Approche systémique.

21

Références bibliographiques

Les publications et liens électroniques sont organisés par chapitre, certains pouvant apparaître dans plusieurs chapitres. Une version détaillée et fréquemment mise à jour peut être consultée sur la page « Migration » d'Infodrog (www.migration.infodrog.ch).

1 Avant-propos

Les informations et publications relatives à la stratégie fédérale sont disponibles sur le site de l'Office fédéral de la santé publique : www.miges.admin.ch.

- Domenig, Dagmar ; Office fédéral de la santé publique OFSP (éd.) (2002) : L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique. Berne : OFSP
- Office fédéral de la santé publique OFSP (éd.) (2008) : Migration et santé. Résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). Berne : OFSP
- Office fédéral de la santé publique OFSP (éd.) (2002) : Migration et santé. Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006. Berne : OFSP

2 Introduction

- Burgi, Didier ; Carron, Raphaëlle (1997) : Le projet migrants. Prévention du sida et des comportements de dépendance auprès des communautés étrangères en Suisse. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP
- Colbeaux, Christian (2004) : Addictions et migrations. Actes des sixièmes rencontres de l'Unité de soins et d'information sur les drogues du Centre hospitalier de Douai, 19 septembre 2003. Douai : Unité de Recherches et de Formation sur les Drogues URFD
- Domenig, Dagmar (2001) : Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Berne : Hans Huber
- Lanfranchi, Andrea (2006) : Kulturschock? Interkulturelle Kompetenz in psychosozialen Berufen. Dans : Psychoscope, 8 (27), p. 12-14 (Téléchargeable sur http://ausbildungsinstitut.ch/de/images/pdf/psc_kulturschockmeilen.pdf)
- Orlando, John (1996) : Deuxième génération d'étrangers et toxicomanies. Travail de recherche. Genève : Ecole supérieure de travail social
- Salman, Ramazan (éd.) ; Tuna, Soner (éd.) ; Lessing, Alfred (éd.) (2002) : Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. 2^e édition. Giessen : Psycho-sozial-Verlag
- Weiss, Regula ; Stuker, Rahel (1998) : Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Rapport de base. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM
- Weiss, Regula ; Stuker, Rahel (1998) : Lorsque patients et soignants ne parlent pas la même langue... Patients de langue étrangère : interprétariat et médiation culturelle dans le système des soins. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP

Des informations et recherches sur le sujet peuvent être consultées sur le site du fonds national suisse de la recherche scientifique : www.snf.ch.

3 Compétence transculturelle

- Domenig, Dagmar (éd.) (2007) : Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2^e édition. Berne : Hans Huber
- Domenig, Dagmar (2002) : L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP
- Meyer, Katharina (éd.) (2009) : La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008. Berne : Hans Huber

4 Communication et travail relationnel

- Domenig, Dagmar (2002) : L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP
- Domenig, Dagmar (2001) : Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern : Hans Huber

Voir également les références du chapitre 2 et 3.

5 Travail avec des interprètes

Des informations détaillées sont disponibles sur le site de l'Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle : www.inter-pret.ch

Concernant la pratique :

- Bischoff, Alexander ; Loutan, Louis (2000) : Mit anderen Worten : Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege. Bern : Bundesamt für Gesundheit BAG

- Saladin, Peter (éd.) (2008) : Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP et H+ Les hôpitaux de Suisse

Concernant les questions juridiques et financières :

- Achermann, Alberto et al. (2008) : Rapport sur le financement des prestations d'interprétariat dans les institutions suisses de santé pour les personnes qui ne maîtrisent pas la langue officielle locale. Berne : Groupe d'experts sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP et de H+ Les hôpitaux de Suisse
- Ayer, Ariane ; Gilbert, Muriel (2004) : Droits du patient migrant : quelles sont les bases légales de la consultation médicale en présence d'un interprète ? Résumé de la recherche CFE 03-806. Berne : Commission fédérale des étrangers
- Ayer, Ariane ; Gilbert, Muriel (2005) : Die Rechte des migrierten Patienten : Welche Rechtsgrundlagen bestehen für die Arztkonsultation in Gegenwart eines Dolmetschers ? Freiburg und Bern : im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

6 Anamnèse

- Domenig, Dagmar (éd.) 2007 : Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2^e édition. Bern : Hans Huber
- Heimann, H.M. ; Penka, S. ; Heinz, A. (2007) : Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen – eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. Dans : Suchttherapie, 2007 ; 8 : p. 57-62
- Moro, Marie Rose (éd.) ; Rousseau, Cécile (éd.) (1998) : Parcours de l'exil. Cliniques transculturelles. PRISME – Psychiatrie, Recherche et Intervention en Santé Mentale de l'Enfant 3/1998. Montréal : Editions du CHU Sainte-Justine

- Office fédéral de la santé publique OFSP (éd.) (2007) : Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du « Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse ». Berne : OFSP

7 Transculturalité et dépendance

- Baubet, Thierry ; Taïeb, O. (2005) : Guide de formulation culturelle. Dans : Annales médico-psychologiques 1/2005, p. 38-43. Paris : Elsevier
- Grandsard, Catherine ; Nathan, Tobie (1999) : La toxicomanie : un réseau ultra-court. Dans : Les Cahiers de Prospective Jeunesse 1/1999 – La question du plaisir... Le plaisir en question. Bruxelles : Prospective Jeunesse
- Kaës, René ; Faimberg, Haydée ; Enriquez, M. ; Baranes, J.J. (2003) : Transmission de la vie psychique entre générations. Collection Inconscient et culture. Paris : Dunod
- König, Marianne ; Dietrich, Nicolas (2007) : Police – travail social – migration – toxico-dépendances. Compétences transculturelles, de l'huile dans les rouages. Documentation de la journée nationale, Bienne, le 1^{er} décembre 2006. Berne : Infodrog
- Lekeuche, Philippe ; Mélon, Jean (1990) : Dialectique des pulsions. Collection Bibliothèque de pathoanalyse. 3^e édition Bruxelles : De Boeck
- Lewis-Fernandez, R. ; Diaz, N. (2002) : The cultural formulation. A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. Dans : Psychiatry quarterly 4/2002, p. 271-295
- Sibony, Daniel (2002) : Peur de la violence et violence de la peur. Dans : Massé, Eric (éd.) : Cette violence qui nous tient. Cosmopolitiques, cahiers théoriques pour l'écologie politique, n° 2. Paris et La Tour d'Aigues : Cosmopolitiques/ Editions de l'Aube
- Von Overbeck Ottino, Saskia ; Ottino, Jérôme (2001) : Avoir ou être : tribulation identitaires chez les adolescents migrants. Dans : L'Autre, cliniques, cultures et sociétés, revue transculturelle 1/2001, p. 95-108. Grenoble : La Pensée sauvage

- Yahyaoui, Abdesslem (1992) : Toxicomanie et pratiques sociales. Travail clinique et social en milieu maghrébin. Grenoble : La Pensée sauvage/APPAM

8 Processus de guérison

- Bobin, Christian (1995) : Le très-bas. Collection Folio. Paris : Gallimard
- Flèche, Christian ; Lagardet, Jean-Jacques (2004) : L'instant de guérison. Barret-sur-Méouge : Le Souffle d'Or
- Lévi-Strauss, Claude (2001) : Tristes tropiques. Collection Pocket terre humain. Paris : Pocket
- Lévinas, Emmanuel (2006) : Altérité et transcendance. Collection Biblio essais. Paris : Le Livre de Poche
- Wittgenstein, Ludwig (2001) : Tractatus logico-philosophicus. Collection TEL. Paris : Gallimard

9 Approche systémique

- Doutrelugne, Yves (2009) : Thérapies brèves. Situations cliniques. Collection Pratiques en psychothérapie. Issy-les-Moulineaux : Masson-Elsevier
- Doutrelugne, Yves ; Olivier Cottencin (2008) : Thérapies brèves. Principes et outils pratiques. Collection Pratiques en psychothérapie. Issy-les-Moulineaux : Masson-Elsevier
- Gravel, Sylvie (éd.) ; Battaglini, Alex (éd.) (2000) : Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre (Rapport de synthèse téléchargeable sur <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/migration/pub.html>)
- Radice von Wogau, Janine ; Eimmermacher, Hanna ; Lanfranchi, Andrea (Hrsg.) (2004) : Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. Weinheim : Beltz

- Tousignant, Michel (1992) : La santé mentale des migrants. Analyse de son contexte social et longitudinal. Dans : Santé mentale au Québec 2/1992, p. 35-46. Montréal : Communauté et santé mentale (téléchargeable sur <http://www.erudit.org/revue/smq/1992/v17/n2/index.html>)

10 Traitement de substitution des patient(e)s en situation de précarité

Deux sites recueillent des informations sur et pour les sans-papiers :

- Plateforme nationale pour les soins médicaux aux sans-papiers : regroupe les services de conseil proposant des consultations et des soins médicaux aux sans-papiers (<http://www.sante-sans-papiers.ch/index-fr.php>).
- www.sans-papiers.ch rassemble un certain nombre d'informations générales et pratiques concernant les sans-papiers pour l'ensemble de la Suisse.
- Kiener Regina und von Büren Lucie (2007) : Strafbarkeit durch medizinische Betreuung von Sans-Papiers? Dans : Asyl. Schweizerische Zeitschrift für Asylrecht und -praxis 4/2007, p. 11-16. Bern : Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH

Voir également les références du chapitre 18.

11 Thérapie à l'étranger

Dans le dossier « Voyage » sous la rubrique « dossiers thématiques » figurent différents sites qui donnent des recommandations sur les possibilités de substitutions à l'étranger (www.infoset.ch).

12 Enfants - Jeunes - Parents

- Bolzman, Claudio ; Fibbi, Rosita ; Vial, Marie (2003) : Secondas – Secondos. Le processus d'intégration des jeunes adultes issus de la migration espagnole et italienne en Suisse. Zurich : Seismo
- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2007) : Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2^e édition. Berne : Hans Huber (voir le chapitre « Migrationskinder » écrit par A. Lanfranchi, p. 371-393)
- Feld, Katja ; Freise, Josef ; Müller, Annette (Hrsg.) (2005) : Mehrkulturelle Identität im Jugendalter. Die Bedeutung des Migrationshintergrundes in der Sozialen Arbeit. Münster : Lit Verlag
- Lanfranchi, Andrea (2004) : Aus Secondos werden Stars. Integration von Eingewanderten als Transformationsprozess. Dans : Psychoscope, 25 (3), p. 6-9
- Mey, Eva (2008) : Jugendliche mit Migrationshintergrund. « Zwischen Stuhl und Bank » oder « global kids » ? Dans : Terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration 13/2008 – Identitäten, p. 78-81. Berne : Commission fédérale pour les questions de migration (CFM), www.terra-cognita.ch

Voir également les références du chapitre 2.

13 Travail avec les familles

- Boszormenyi-Nagy, Ivan ; Framo, James L. (Hrsg.) (1975) : Familientherapie : Theorie und Praxis. 2 tomes. Reinbek bei Hamburg : Rowohlt
- Cirillo, Stefano ; Berrini, Roberto ; Cambiaso, Gianni ; Mazza, Roberto (1996) : La famiglia del tossicodipendente. Milano : Raffaello Cortina Editore
- Désy, Michel ; Battaglini, Alex ; Bastien, Robert (2007) : Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille. Westmount : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw (téléchargeable sur <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/migrationpub.html>)

- Fibbi, Rosita ; Cattacin, Sandro (2002) : L'auto e mutuo aiuto nella migrazione. Una valutazione d'iniziativa di self help tra genitori italiani in Svizzera.
- Granovetter, Mark S. (1973) : The strength of weak ties. Dans : American Journal of Sociology 6/1973, p. 1360-1380. Chicago : University of Chicago Press
- Michard, Pierre (2005) : La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale. Collection Carrefour des psychothérapies. Bruxelles : De Boeck
- Minuchin, Salvador et al. (1967) : Families of the slums. An exploration of their structure and treatment. New York : Basic Books
- Selvini Palazzoli, Mara (1988) : I giochi psicotici nella famiglia. Milano : Raffaele Cortina Editore
- Sluzki, Carlos E. (2001) : Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. Dans : Hegemann Thomas ; Salman, Ramazan (Hrsg) : Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn : Psychiatrie-Verlag

14 Collaboration avec les communautés de migrant(e)s

- Dahinden, Janine (2002) : «Um meine Batterien aufzuladen». Über die Bedeutung von Kultur in den Vereinen von Migrantinnen und Migranten. In : Terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration 1/2002 – Welche Kultur ?, p. 72-77. Téléchargeable sur www.terra-cognita.ch
- Matthey, Laurent ; Steiner, Béatrice (2008) : Nous, moi – les autres. Les associations de migrants et la formation de l'identité. Présentation à la Journée annuelle 2008 de la Commission fédérale pour les questions de migration publiée sous : <http://www.ekm.admin.ch/fr/index.php> (Actuel > Manifestations)
- Site Internet du Forum pour l'intégration des Migrants et des Migrants (FIMM Suisse), l'organisation faitière des associations de migrants en Suisse : <http://www.fimm.ch/index.php/index.html>

15 Réseaux sociaux

- Bakis, Henry (1993) : Les réseaux et leurs enjeux sociaux. Collection Que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France
- Cohn, Ruth C. (2009) : Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. 16^e édition. Stuttgart : Klett-Cotta
- Degenne, Alain (2004) : Les réseaux sociaux. Collection U Sociologie. 2^e édition. Paris : A. Colin
- Mehran, Firouzeh (2006) : Traitement du trouble de la personnalité borderline. Thérapie cognitive émotionnelle. Collection Médecine et psychothérapie. Issy-les-Moulineaux : Masson-Elsevier
- Moreno, Jacob L. (2001) : Psychodrama und Soziometrie. Schriften zu Psychodrama, Gruppenmethode und Spontanität. 2^e édition. Köln : Edition Humanistische Psychologie

16 Femmes et prostitution

- Ansermet Pagot, Anne et al. (2007) : Rapport d'activités 2007. Lausanne : Fleur de Pavé. (Téléchargeable sur <http://www.infoset.ch/inst/fleur>)
- Attac (éd.) (2008) : Mondialisation de la prostitution. Atteinte globale à la dignité humaine. Collection Les petits livres. Paris : Mille et Une Nuits
- Chimienti, Milena (2009) : Prostitution et migration. La dynamique de l'agir faible. Zurich : Seismo
- Dahinden, Janine ; Stants, Fabienne (2006) : Arbeits- und Lebensbedingungen von Cabaret-Tänzerinnen in der Schweiz. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population SFM
- Domenig, Dagmar (2002) : L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique. Berne : Office fédéral de la santé OFSP
- Dupertuis, Valérie ; Ziegler, Geneviève (2000) : Dépendances aux drogues illégales et prostitution. Dans : Dépendances 11/2000, p. 26-27. Yverdon-les-Bains et Lausanne : Groupement Romand d'Etudes des Addictions GREA/Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA. (Téléchargeable sur <http://www.great-aria.ch/dossiers/Infos/Revue/dependances11.htm>)
- Groupe de travail « Femmes – Dépendances » (1998) : Points de vue sur les toxicodépendances des femmes en Suisse romande. Enquête sur la demande et l'offre d'aide spécialement destinée aux femmes. Lausanne : Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA
- Guillemaut, Françoise (éd.) (2007) : Femmes et migrations en Europe. Stratégies et empowerment. Lyon : Le dragon Lune (Le rapport de 2004 est téléchargeable sur <http://pagesperso-orange.fr/cabiria/publications.html>.)
- Guillemaut, Françoise (éd.) (2002) : Femmes et migrations. Les femmes venant d'Europe de l'Est. Lyon : Le dragon Lune
- Welzer-Lang, Daniel (éd.) ; Schutz Samson, Martine (éd.) (1999) : Prostitution et santé communautaire. Essai critique sur la parité. Lyon : Le Dragon Lune. (Téléchargeable sur <http://pagesperso-orange.fr/cabiria/publications.html>)

17 Service social

- La fondation suisse du service social international offre son soutien aux enfants et aux familles confrontés à des problématiques d'ordre sociales et juridiques, dans un contexte transnational (www.ssiss.ch).

18 Bases juridiques : droit de la migration – sécurité sociale

Bases légales, autorités, organisations :

- Recueil systématique du droit fédéral
- <http://www.admin.ch/ch/f/rs/rs.html>
- <http://www.humanrights.ch>
- <http://www.bfm.admin.ch/bfm/fr/home.html>

Consultation juridique, avocats :

- Fédération suisse des avocats (FSA) <http://www.swisslawyers.com>
Ce site permet d'effectuer une recherche d'avocat par canton, domaine juridique et langue (« Recherche d'un avocat »). Les diverses associations cantonales offrent aussi un conseil juridique gratuit ou contre une modeste rémunération (cf. « Permanences juridiques »). A noter que tous et toutes les avocat(e)s ne sont pas membre de cette fédération.
- Juristes démocrates de Suisse
- <http://www.djs-jds.ch>
Ce site permet lui aussi de chercher (via « Avocat ») un(e) avocat(e) par canton, langue ou domaine juridique.
- <http://www.osar.ch> et <http://www.humanrights.ch>

Bibliographie :

- Gafner, Magalie (2008) : Autorisations de séjour en Suisse. Un guide juridique : présence, regroupement familial, travail, assurances sociales. Ed. révisée. Lausanne : Editions La Passerelle
- Kieser, Ueli (2009) : ATSG-Kommentar. 2. Auflage. Zurich : Schulthess Juristische Medien

- Maurer, Alfred ; Scartazzini, Gustavo ; Hürzeler, Marc (2009) : Bundes-sozialversicherungsrecht. 3. Auflage. Bâle : Helbing Lichtenhahn
- Spescha, Marc ; Thür, Hanspeter ; Zünd, Andreas ; Bolzli, Peter (2008) : Migrationsrecht. Zurich : Orell Füssli
- Uebersax, Peter ; Rudin, Beat ; Hugi Yar, Thomas ; Geiser, Thomas (Hrsg.) (2009) : Ausländerrecht – Eine umfassende Darstellung der Rechtsstellung von Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz – Von A(syl) bis Z(ivilrecht). Handbuch für die Anwaltspraxis Bd. VIII. 2. Auflage. Bâle : Helbing Lichtenhahn
- Widmer, Dieter (2008) : Sozialversicherungsrecht transparent. Zurich : Schulthess Juristische Medien

19 Ancrage institutionnel et Qualité

- Office fédéral de la santé publique OFSP (2006) : Le référentiel modulaire de QuaThéDA. La norme de qualité pour le domaine des dépendances. Berne : OFSP
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2006) : Manuel QuaThéDA modulaire. Informations et exemples-type relatifs au référentiel QuaThéDA. Berne : OFSP
- Saladin, Peter (éd.) (2008) : Diversité et égalité des chances. Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé. Berne : Office fédéral de la santé publique OFSP et H+ Les hôpitaux de Suisse

