



## **INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire d'initiation à la recherche

# *Migration forcée : les enjeux de la prise en soins en ergothérapie*

DOUARRE Floriane

*E 18 / 04*

Sous la direction de Madame CLAVREUL Hélène

2020-2021

*« Ce n'était pas une décision, j'ai dû quitter la Guinée »*

-P2- Personne ayant vécu une migration forcée  
rencontrée lors de la recherche.

*« Avoir un préjugé sur quelqu'un qu'on ne connaît pas c'est en France que je l'ai découvert.  
Il y a beaucoup de préjugés, de méfiance et ça fait très mal. Tu es obligé de réfléchir à  
pourquoi ils pensent ça. »*

-P2- Personne ayant vécu une migration forcée  
rencontrée lors de la recherche.

## Glossaire

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**CADA**: Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

**CAES**: Centre d'Accueil et d'Examen des Situations administratives

**CAO**: Centre d'Accueil et d'Orientation

**CNDA** : Cour Nationale du Droit d'Asile

**CPH**: Centre Provisoire d'Hébergement

**DPAR**: Dispositif de Préparation au Retour

**HUDA**: Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

**IOM** : International Organization for Migration

**IREPS** : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

**OFPRA** : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PRAHDA**: PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile

**SAS** : Centres de transit pour réinstallés

**WFOT** : Fédération Mondiale des Ergothérapeutes

## **Remerciements**

*Dans le cadre de ce mémoire, je tiens à adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Hélène Clavreul, pour ses conseils, sa disponibilité, ses échanges constructifs et son professionnalisme qui m'ont permis de faire aboutir ce projet.*

*Merci à ma référente pédagogique, Cécile Rasse, pour son soutien, la transmission de ses savoirs et sa disponibilité tout au long de cette année ainsi qu'aux formatrices de l'institut de formation.*

*Je souhaite remercier tout particulièrement les quatre personnes qui ont accepté de me partager leur vécu, qui m'ont fait confiance et qui m'ont permis de réaliser cette recherche. Je vous souhaite sincèrement que vos projets se réalisent.*

*Je tiens également à remercier les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux qui ont pris le temps de répondre à mes questions en entretien pour nourrir cette recherche.*

*Je souhaite également remercier ma famille et mes amis pour leur soutien, leurs encouragements et leur écoute tout au long de cette année.*

*Pour finir, un grand merci à Chloé et Marine, pour leur soutien, leur entraide, et leur motivation durant ces trois années de formation.*

# Charte anti-plagiat



## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>i</sup>.

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e ..DQUARRE..Floriane.....*

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

*Fait à ..LE..CHESNAY..*

*Le 15/07/20..... signature*

<sup>i</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

## Sommaire

I.	Introduction .....	1
II.	Conceptualisation .....	2
1.	La migration forcée et la santé .....	2
1.1	Le statut social des personnes migrantes.....	2
a.	Définition de « personne migrante ».....	2
b.	Migration forcée ou migration volontaire.....	2
c.	Les statuts existants en France (politique et législatif).....	3
d.	Le contexte français d'immigration .....	3
1.2	Immigration et émigration.....	4
1.3	L'histoire de l'immigration en France .....	4
1.4	Migration en France .....	6
a.	Contexte sociopolitique : entre unité nationale et pluralité culturelle .....	6
b.	La demande d'asile .....	7
1.5	La santé .....	8
a.	Définition de la santé .....	8
b.	Les déterminants de la santé .....	8
c.	Les parcours de migration forcée : survivre .....	10
d.	Les difficultés liées à l'arrivée dans un pays tiers .....	11
e.	L'impact des parcours migratoires sur la santé physique et mentale.....	12
f.	Des interventions en ergothérapie existent déjà.....	13
2.	Le processus identitaire et l'acculturation .....	13
2.1	Le processus identitaire et la santé .....	14
a.	Définition .....	14
b.	L'identité comme résultat d'interactions .....	14
c.	Identité et santé mentale.....	15
d.	Fragilisation du concept d'identité.....	16
2.2	Ergothérapie, processus et identité .....	16
a.	Qu'est-ce que l'identité occupationnelle ?.....	16
b.	Qu'est-ce que l'ergothérapie ? .....	17
c.	Le Modèle d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM).....	17
d.	Comment l'ergothérapeute peut agir sur la dynamique de restructuration identitaire ?.....	18
2.3	Processus identitaire .....	19

a.	L'acculturation .....	19
b.	La résilience .....	20
c.	La reconnaissance sociale .....	20
d.	Stratégies individuelles et collectives d'acculturation et identitaire.....	21
e.	Acculturation et santé mentale .....	23
f.	Et quand le processus d'acculturation est empêché ? .....	23
3.	Entre droits et justice .....	24
3.1	Le droit à la santé .....	24
a.	Les besoins .....	25
b.	Les représentations de la maladie dans la population .....	25
3.2	Les inégalités sociales de la santé .....	26
a.	Définition .....	26
b.	Les freins à l'accès aux soins .....	27
c.	La justice sociale .....	27
d.	La justice occupationnelle.....	28
□	Définition .....	28
□	Le déséquilibre occupationnel .....	29
□	Discrimination et marginalisation.....	29
□	Privation occupationnelle .....	30
□	Aliénation occupationnelle .....	30
III.	Problématisation .....	31
IV.	Méthodologie.....	32
1.	Questionnement éthique .....	32
2.	Méthode de recherche.....	33
3.	Phase exploratoire.....	34
4.	Choix de l'approche.....	35
5.	Population cible .....	35
a.	Personnes ayant vécu une migration forcée .....	35
b.	Travailleurs sociaux .....	36
c.	Ergothérapeutes.....	36
d.	Critères de non-inclusion .....	37
6.	Technique de recueil de données .....	37
7.	Outils de recueil de données empiriques .....	38
8.	Techniques d'analyse .....	38
V.	Présentation et analyse des résultats.....	39

1.	Présentation des personnes qui ont passé un entretien semi-directif.....	39
	a. Personnes ayant vécu une migration forcée.....	39
	b. Travailleurs sociaux.....	39
	c. Ergothérapeutes.....	40
2.	Récits de vie.....	40
3.	Les besoins en santé.....	41
	a. Prérequis à la santé.....	41
	b. Besoins en santé physique et mentale.....	42
	c. Besoins occupationnels.....	42
4.	Les déterminants de santé.....	43
5.	Les occupations.....	45
	a. Les soins personnels.....	46
	b. Les activités productives.....	46
	c. Les loisirs.....	47
6.	Les prises en soins.....	48
	a. Accès au logement.....	49
	b. Statut administratif.....	49
	c. Soins médicaux.....	49
	d. Accompagnement au quotidien.....	49
	e. Activités thérapeutiques.....	50
7.	La projection dans l'avenir.....	51
	a. Les projections réalistes.....	51
	b. Les difficultés pour se projeter.....	51
8.	Validation des hypothèses.....	52
VI.	Discussion.....	53
1.	Les niveaux d'intervention micro, méso, macro de Bronfenbrenner.....	53
1.1	Le niveau « micro ».....	53
1.2	Le niveau « méso ».....	54
1.3	Le niveau macro.....	54
2.	Limites de la recherche.....	54
VII.	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Annexes.....	68

## I. Introduction

En raison des nombreux conflits armés et des politiques dictatoriales de certains pays, la pauvreté, les persécutions et le terrorisme sont devenus partie intégrante du mode de vie de nombreuses personnes qui se retrouvent alors contraintes de quitter leur pays d'origine pour préserver leur vie. Elles migrent donc pour survivre, c'est ce que nous appellerons la migration forcée (*International Organization for Migration (IOM), 2019*). Ces personnes migrantes et réfugiées, au péril de leur vie, traversent des zones géographiques dangereuses et doivent avoir recours, la plupart du temps, « aux services de groupes criminels, notamment de passeurs » (Assemblée générale des Nations Unies, 2016) afin de quitter leur territoire d'origine. Les migrations peuvent durer des mois voire des années et les personnes doivent passer par des lieux hostiles comme traverser des montagnes (la frontière franco-italienne par exemple) ou des mers (mer Méditerranée, la Manche), y risquant leur vie (communication personnelle, Décembre 2020).

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 22 avril 2020, 16 724 personnes sont arrivées en Europe, néanmoins, toutes n'arrivent pas à l'atteindre (IOM, 2020). Entre début 2014 et mai 2020, 20 014 personnes ont perdu la vie dans les eaux méditerranéennes en tentant de rejoindre l'Europe (IOM, 2020). Lors de leur arrivée, une majorité de réfugiés ont un « syndrome de stress post-traumatique lié aux violences subies dans le pays d'origine ou à des choses qu'ils ont vues pendant leur voyage, qui très souvent s'avère éprouvant et dangereux » (Cannone, 2016).

À leur arrivée en France, ces personnes font face à de nombreuses difficultés pour trouver un logement, un emploi mais aussi pour accéder à des soins. La migration et plus particulièrement les conditions de celle-ci engendrent des troubles de santé physique et mentale. Ainsi, cela met en évidence des besoins en santé qui sont essentiels pour le bien-être holistique des personnes. Ces personnes migrantes et réfugiées ont de réels problèmes de santé qui ne sont pas forcément reconnus et surtout elles nécessitent des soins (Coirier, 2015).

Des accompagnements médico-sociaux tendent à se développer depuis quelques années afin de maximiser les chances d'intégration et de prise en soins lorsque cela est nécessaire. Parmi les acteurs du domaine médico-social, l'ergothérapeute construit peu à peu sa place via le développement de l'ergothérapie à base communautaire, aussi appelée ergothérapie sociale ou citoyenne (Clavreul, 2020). En effet, l'ergothérapeute est « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2019). L'ergothérapeute

intervient de manière holistique et prend en compte toutes les composantes de la personne (ANFE, 2020).

De ces réflexions est née la question de départ suivante :

### **Quels sont les enjeux de santé et d'intervention ergothérapeutique dans l'accompagnement du processus identitaire des personnes ayant vécu une migration forcée ?**

Afin d'ouvrir la réflexion autour de cette question de départ, une conceptualisation sera présentée, c'est-à-dire une confrontation d'éléments théoriques. Cette partie sera alimentée par un entretien exploratoire réalisé en décembre 2020 auprès d'une psychologue clinicienne travaillant auprès de la population migrante. La mise en tension des concepts dans le cadre conceptuel permettra par la suite d'aboutir à une problématique et à des hypothèses de recherche. La méthodologie de recherche sera ensuite explicitée et conduira à une analyse et une interprétation des résultats des données empiriques. Pour finir, une discussion permettra de répondre aux hypothèses ainsi que de rendre compte des limites et perspectives de la recherche.

## **II. Conceptualisation**

### **1. La migration forcée et la santé**

Cette première partie sera consacrée à la présentation de la population étudiée et de leurs parcours. Ensuite, nous pourrons définir le lien avec le contexte environnemental et la santé.

#### **1.1 Le statut social des personnes migrantes**

##### **a. Définition de « personne migrante »**

Depuis la Déclaration universelle des droits de l'homme datant du 10 décembre 1948 (annexe I), « toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays » (Assemblée générale des Nations unies, article 13). Le terme « migrant » désigne « des personnes qui, pour des raisons diverses, par choix ou par contrainte, décident de quitter leur pays et d'aller s'installer dans un autre » (De Wenden, 2017 cité par Poinot, 2017, p.30). Néanmoins, ce terme suscite de nombreuses représentations.

##### **b. Migration forcée ou migration volontaire**

La migration correspond au déplacement de personnes loin de leur résidence habituelle, soit de l'autre côté d'une frontière internationale ou dans un autre État (IOM, 2019, p. 137, traduction libre). La migration est volontaire dans certaines situations, ce qui signifie qu'elle est choisie : par exemple, lorsqu'un étudiant décide de partir dans un autre pays pour continuer ses études.

Cependant, dans d'autres situations elle peut être subie : c'est ce qui est nommé la migration forcée. C'est un mouvement migratoire pouvant avoir diverses causes, mais impliquant obligatoirement la force, la contrainte ou la coercition (IOM, 2019, p. 77, traduction libre). C'est le cas notamment lorsqu'une personne afghane quitte son pays pour échapper à la guerre et aux violences.

Le terme de « migration forcée » est controversé. Dans une note adjacente à la définition, l'IOM précise qu'il « existe plusieurs degrés d'autonomie plutôt qu'une dichotomie volontaire/forcée » (IOM, 2019). D'une part la personne « choisit » de migrer, elle prend la décision de quitter son pays d'origine cependant, elle en est contrainte par le contexte de ce dernier. Ainsi, le choix de la personne n'est pas issu de son autodétermination mais de l'environnement qui lui impose son départ pour sa propre survie, c'est ce qui est donc discutable.

### **c. Les statuts existants en France (politique et législatif)**

Le statut d'une personne en France a un impact sur ses conditions de vie et sur sa santé. En effet, les droits auxquels sont éligibles les personnes migrantes dépendent en partie de leur statut. Le Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués (La Cimade, 2016) décrit différents statuts. Un exilé est une « personne contrainte de vivre hors de sa patrie pour survivre ou fuir des persécutions ». L'État français explique qu'une personne migrante peut demander le statut de demandeur d'asile en France (Direction de l'information légale et administrative, 2021). Un demandeur d'asile est une « personne qui a fui son pays parce qu'elle y a subi des persécutions ou craint d'en subir et qui demande une protection ». La demande d'asile est « examinée par l'OFPRA [Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides] et, en dernier recours la CNDA [Cour Nationale du Droit d'Asile] ». Une fois la procédure administrative terminée, le demandeur d'asile est soit déclaré « réfugié, soit débouté de sa demande et devient un sans-papiers ». Un réfugié est donc un individu dont la demande d'asile a été accordée, « en raison des risques de persécution qu'il encourt dans son pays d'origine à cause de son appartenance à un groupe ethnique ou social, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques » (La Cimade, 2016).

### **d. Le contexte français d'immigration**

Selon les chiffres des Nations Unies, en 2016, 10% de la population de l'Europe est issue de l'immigration : cela correspond à 76 millions de personnes. Dans les pays de l'Europe, 35% des migrations ont lieu pour raisons familiales, 30% au titre de la libre circulation, 14% pour le

travail, 5% sont des étudiants et seulement 8,2% sont des migrations forcées (La Cimade, 2016). Autrement dit, il y a 0,82% de la population de l'Europe qui a vécu une migration forcée. Selon Eurostat, en 2018, la France accueillait 5,8 immigrants pour 1000 habitants. La France, en 2011, était le deuxième grand pays d'immigration européen après l'Allemagne (Zübeyit, 2011, p. 31).

## **1.2 Immigration et émigration**

Du point de vue du pays d'arrivée, l'acte de se déplacer dans un autre pays que son pays de résidence principale et de s'y installer comme son nouveau pays de résidence principale est l'immigration (IOM, 2019, p. 103, traduction libre). Ainsi, une personne arrivant dans un autre pays que son pays d'origine et s'installant dans le pays d'arrivée est un immigré pour la population de ce pays. Cet individu est cependant considéré comme un émigré pour son pays de départ. En effet, il quitte son pays de résidence principal pour aller vivre dans un autre, qui deviendra ainsi son nouveau pays de résidence principale (IOM, 2019, p. 63). Ainsi, une personne syrienne, par exemple, ayant vécu une migration forcée va être une immigrée pour la France et une émigrée pour la Syrie.

## **1.3 L'histoire de l'immigration en France**

L'histoire de l'immigration en France est étroitement liée à la manière dont la nationalité française peut être acquise, ou comme nous le verrons plus tard, au statut de demandeur d'asile. De plus, cela fait l'objet de nombreux débats ce qui complexifie les situations.

Dès le Moyen-Âge, la France accueille des étrangers venus de pays d'Europe (Gruson, 2006). En 1793, le peuple français « donne asile aux étrangers bannis de leur patrie pour la cause de la liberté » (Poinot, 2017, p. 28). Puis, des lois sont énoncées proclamant « l'égalité de tous » (Gruson, 2006) et la nation « accorde la qualité de français à celui qui est né sur son sol », c'est le droit du sol (Gruson, 2006). A savoir qu'il existe depuis 1576 le droit du sang (le fait de devenir français par filiation), qui sera renforcé en 1804 par Napoléon Bonaparte. À la suite de cela, de grandes vagues de migration vont avoir lieu en France pendant toute l'ère industrielle. Tout d'abord entre 1820 et 1914, « les besoins de l'agriculture, de la mine et de l'industrie naissante attirent vers la France de nombreux migrants » (Gruson, 2006). Le double droit du sol est ensuite instauré en 1854 ; c'est un principe juridique selon lequel la nationalité du pays de naissance est attribuée à toute personne étant née dans ce pays, et dont au moins un parent y est également né (Gruson, 2006).

De plus, le peuple se soulève afin de disposer de lui-même ce qui attire de nombreux étrangers pour qui la France est « la patrie des droits de l'Homme » (Gruson, 2006). En raison de la

présence de nombreux immigrés en France, une loi fixant le code de la nationalité est adoptée en 1889 par la Troisième République. Cette loi combine le droit du sang, c'est-à-dire qu'un enfant naissant à l'étranger de parents français est français, avec le droit du sol, c'est-à-dire qu'un enfant naissant en France de parents étrangers est automatiquement déclaré français à sa majorité. Depuis 1989, un adulte demandant la naturalisation ne peut être déclaré français qu'après dix ans sur le sol français (Blanc-Chaléard, 2001).

Lors de la Première Guerre mondiale, l'État français fait venir des personnes vivant dans les colonies françaises. Ces colonies deviendront plus tard des États indépendants dans les années soixante. Une fois la guerre finie, en raison d'un grand nombre d'emplois disponibles, des étrangers arrivent en France. Cependant, durant les années trente la crise se fait sentir, de nombreux étrangers se retrouvent expulsés en raison des difficultés économiques du pays (Blanc-Chaléard, 2001). Notons qu'entre 1939 et 1945, « la France fait appel, comme en 1914, aux travailleurs et soldats venus des colonies » (Gruson, 2006) afin de soutenir la France pendant et après la guerre.

Entre 1945 et 1974, l'État organise la venue d'étrangers pour permettre la reconstruction du pays (Gruson, 2006). À l'après-guerre, en application de la Convention de Genève datant du 28 juillet 1951 et définissant la qualité de réfugié, quatre personnes sur cinq obtiennent le droit d'asile qui est une protection donnée par un État à une personne, cette notion sera détaillée plus loin (Gruson, 2006). En 1972, la première loi contre le racisme est votée et les étrangers se mobilisent en faisant grève pour leurs droits (Gruson, 2006). En 1976, le chômage passe la barre du million de personnes et les étrangers sont pointés du doigt par une partie de la population. Cela fait suite à une campagne menée par les partis politiques d'extrême droite avec la perception selon laquelle s'il y a moins d'immigrés cela pourrait « enrayer le chômage » (Blanc-Chaléard, 2001). Le statut de réfugié est de plus en plus complexe à obtenir et de nombreux « demandeurs d'asile deviennent des sans-papiers » (Gruson, 2006).

Pendant les années quatre-vingt, l'intégration des étrangers demandant le droit d'asile est facilitée par l'État par l'obtention du titre de séjour d'une validité de dix ans. Toutefois, le racisme perdure et « l'antiracisme devient une valeur importante de la jeunesse » (Gruson, 2006). En 1984, la création de l'association SOS Racisme favorise l'intégration des immigrés et la lutte contre le racisme avec le slogan « Touche pas à mon pote » (Rédaction Ina, 2014).

En 1993, la loi n°93-933 du 22 juillet 1993, dite loi Pasqua-Méhaignerie, change les conditions d'accès à la nationalité française. Pour devenir français, les enfants de parents étrangers nés en

France, doivent manifester leur volonté d'acquérir la nationalité française entre seize et vingt-et-un ans, résider en France à la date de leur demande et justifier d'une résidence habituelle en France pendant les cinq années précédant cette dernière. Cependant, les conditions se sont durcies ensuite avec la mise en place d'un test du niveau en langue française ainsi que sur la culture française (Ministère de l'Intérieur, 2020). La migration devient de plus en plus « sélective », en particulier avec la loi 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration. Cette loi indique que les activités de la personne doivent présenter un intérêt pour la France tant d'un point de vue intellectuel, scientifique, culturel ou sportif.

## **1.4 Migration en France**

### **a. Contexte sociopolitique : entre unité nationale et pluralité culturelle**

Le multiculturalisme est un modèle de politiques d'intégration issu des États-Unis et des pays anglo-saxons qui encourage la préservation, l'expression et parfois même la célébration de la diversité culturelle. Cette approche encourage les personnes migrantes à devenir membre à part entière de la société tout en conservant leur identité culturelle (IOM, 2019, p. 142, traduction libre). Ainsi, cette démarche prône la reconnaissance de parcours, de traditions variées et des manières de voir le monde avec des valeurs universelles favorisant l'égalité des droits pour tous (IOM, 2019, p. 142, traduction libre).

En France, la citoyenneté permet la reconnaissance d'un individu comme membre de la société française ce qui lui donne accès aux droits du citoyen français. « Sont citoyens français les personnes ayant la nationalité française et jouissant de leurs droits civils et politiques » (Vie Publique, 2019). Cela signifie donc que la citoyenneté ne dépend d'aucun groupe.

Le terme « communautaire » est associé en France à celui de « communautarisme » qui est majoritairement voire toujours utilisé de manière péjorative en France (Clavreul, 2020). En effet, le terme « *community* » issu des États-Unis fait référence au « multiculturalisme américain et [aux] revendications de minorités » (Clavreul, 2020). Le communautarisme correspond à une manière de penser selon laquelle la communauté prévaut sur l'individu lui-même (Schnapper, 2004). La communauté peut faire référence aussi aux groupes religieux. En France, le terme communauté, associé au communautarisme fait souvent référence à la montée de l'Islam liée au « développement des mobilités transfrontalières » (Van Eekhoud, 2006 cité par Zübeyit, 2011, p.27), diversité qui est perçue comme un danger pour l'unité de la nation. « Le "multiculturalisme" tend vers le "communautarisme", à l'opposé de la conception

républicaine de la citoyenneté, qui ne reconnaît que des individus libres et égaux, indépendants de toute affiliation à une communauté » (Heinich, 2020).

### **b. La demande d’asile**

Nous avons vu précédemment que le code de la nationalité, adopté en 1889, « pose la nationalité française dès leur naissance aux enfants d’étrangers nés en France d’un parent déjà né en France » (Gruson, 2006). Cependant, pour celui « dont les parents sont immigrés c’est à [sa] majorité que la nationalité est attribuée sauf s’il y renonce » (Gruson, 2006). Nous allons maintenant voir le parcours de la demande d’asile.

La convention de Genève relative au statut des réfugiés datant du 28 juillet 1951, énonce qu’un État doit accorder le statut de réfugié à toute personne craignant pour sa vie (Gruson, 2006). Néanmoins, pour limiter les demandes dans plusieurs pays, en Europe, un règlement nommé Dublin III énonce la possibilité de demander l’asile dans un seul et unique pays européen (Direction de l’information légale et administrative, 2019). De ce fait, une personne migrante ayant déjà demandé l’asile dans un autre pays ne peut pas le demander en France. Lorsque cela arrive, la personne est dite « dublinée » du droit d’asile car elle est en procédure « Dublin ». À leur arrivée en France, la demande d’asile doit être déposée en préfecture (annexe II). Les personnes migrantes sont accueillies dans un centre d’accueil et d’examen des situations administratives (CAES) afin que leur demande d’asile puisse être examinée. Puis, ils peuvent être hébergés dans des centres d’accueil et d’orientation (CAO), initialement créés pour éviter les campements de rue, ou des programmes d’accueil et d’hébergement des demandeurs d’asile (PRAHDA) qui hébergent et accompagnent des demandeurs d’asile en cours de procédure ou dublinés. Ces deux types d’hébergement servent de transit. Les demandeurs d’asiles sont ensuite hébergés en centre d’accueil pour demandeurs d’asile (CADA) lorsque la procédure est classique ou en hébergement d’urgence pour demandeurs d’asile (HUDA) lorsque la procédure est accélérée ou dublinée. Quand les personnes requièrent une protection internationale, elles peuvent aller en centre de transit pour réinstallés (SAS) de manière à être accompagnées dans la réinstallation. Si le titre de réfugié a été obtenu, les personnes peuvent aller en centre provisoire d’hébergement (CPH). Si la demande est rejetée, la personne se retrouve en dispositif de préparation au retour (DPAR) : c’est un dispositif de contrôle en attendant l’expulsion (La Cimade, 2019). Pour finir, en attendant l’expulsion, la personne est placée en centre de rétention administrative (CRA) (France Terre d’Asile, n.d.). Ces démarches prennent beaucoup de temps et sont fastidieuses (annexe II).

Ces conditions, tant dans le pays d'origine que lors de l'arrivée en France peuvent impacter la santé de la personne, c'est ce à quoi nous allons maintenant nous intéresser.

## **1.5 La santé**

### **a. Définition de la santé**

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le préambule de la Constitution française de 1946 « réaffirme [...] les droits et libertés de l'homme » et garantit à tous citoyens « la protection de la santé », ce qui deviendra la Sécurité Sociale. De plus, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) redétermine ce qu'est la santé afin d'apporter des solutions aux problèmes de santé publique en redéfinissant les droits humains. En effet, dans sa Constitution, l'OMS (1948) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

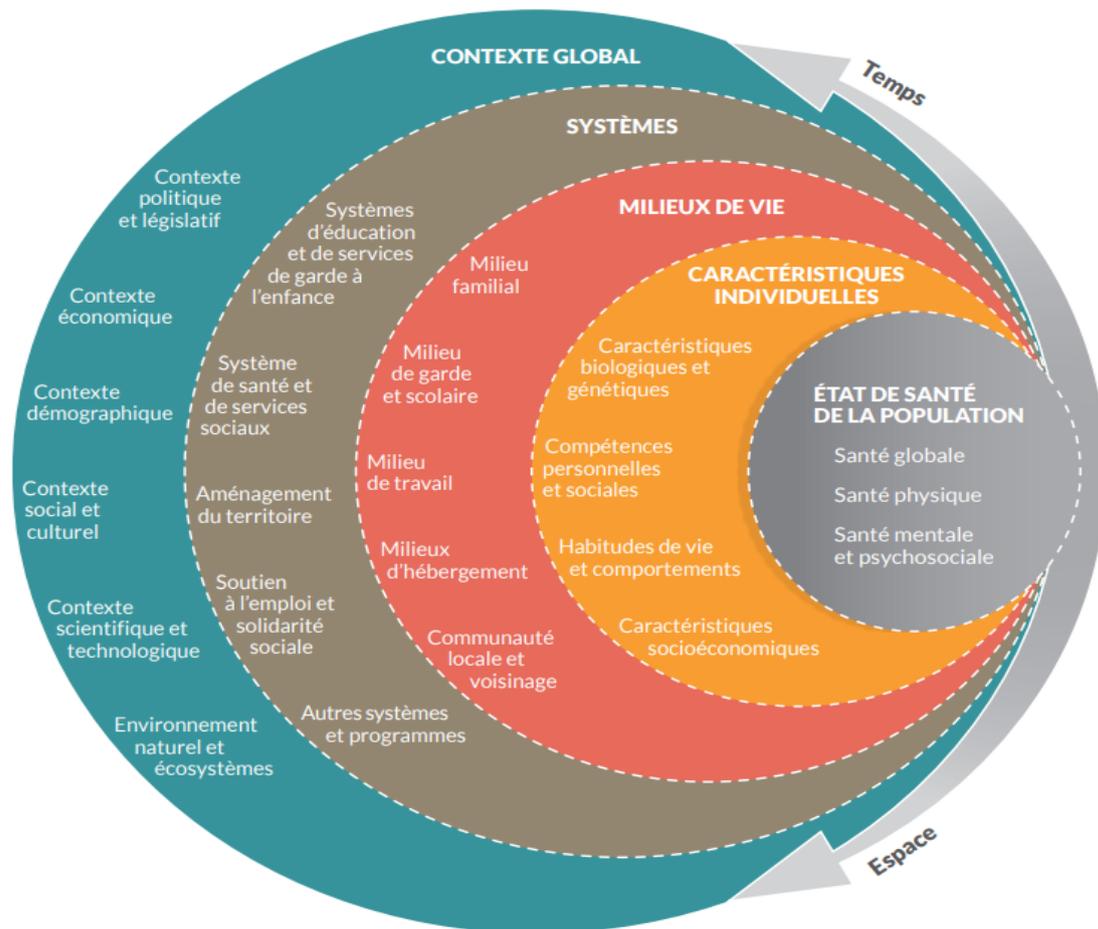
### **b. Les déterminants de la santé**

Les déterminants sociaux de la santé peuvent être considérés comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (OMS, 2008). Plusieurs modèles expliquant les déterminants sociaux de la santé existent. Certains modèles postulent que des conditions de vie dans la petite enfance impliquent des inégalités sociales qui se perpétueront avec l'évolution de l'individu. C'est le cas pour les modèles de Dalghren et Whitehead (1991 cité par IREPS, 2015) ou le modèle de la Robert Wood Johnson Foundation (2008 cité par IREPS, 2015). D'autres modèles considèrent plutôt l'accumulation de plusieurs déterminants désavantageux comme facteurs d'inégalités sociales. C'est le cas du modèle du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2010 cité par IREPS, 2015, figure 1) ou le modèle de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS (2008 cité par IREPS, 2015) (annexe III).

Le modèle du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (figure 1) considère que le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles déterminent l'état de santé des individus sans lien de causalité entre chaque catégorie. Le choix de présenter ce modèle en particulier s'explique par sa schématisation claire et pédagogique permettant de comprendre l'organisation des déterminants de santé. De plus, les déterminants de santé peuvent être aussi des déterminants des occupations et de l'accès aux occupations.

Ainsi, les déterminants de santé sont conceptualisés et pondérés différemment selon les auteurs mais des points se rejoignent. Les conditions socio-économiques et politiques, les modes de vie

des individus, les facteurs socioprofessionnels et l'environnement sont des déterminants contextuels de la santé. Aussi, l'évolution des déterminants individuels depuis l'enfance ainsi que l'accumulation des inégalités sociales fluctuent selon les modèles. De ce fait, il est possible de considérer que « la pauvreté, la discrimination, l'exil migratoire, les guerres, l'isolement social sont des causes qui ont un impact sur la santé des individus » (Albuquerque, 2019, p. 309).



*Figure 1 : Modèle des déterminants de santé du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec*

Le préambule de la Constitution française de 1946 défend le droit d'avoir un emploi pour chacun. Par conséquent, l'accès au travail est un droit fondamental tout comme l'occupation. L'occupation peut être définie comme l'« ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (Townsend, 2002, p.207). Plusieurs ergothérapeutes formulent ainsi que « l'occupation est un droit de l'homme » (Pereira, 2017 cité par Albuquerque, 2019,

p. 320) et un déterminant de la santé. Le travail, par exemple, est une question cruciale pour les demandeurs d'asile : c'est ce type d'occupation, rendue inaccessible, qui va induire tout le reste de leurs conditions de vie.

L'ergothérapeute traite à la fois avec l'environnement, l'occupation et les facteurs individuels : de ce fait, il semble idéalement placé pour intervenir auprès de la population migrante. L'ergothérapeute peut participer à la « reconnaissance ou à la valorisation des occupations fondées sur l'entraide et la solidarité sociale » (Jasmin, 2015).

### **c. Les parcours de migration forcée : survivre**

Ainsi, nous avons vu que plusieurs éléments déterminent la santé dont le milieu de vie. De ce fait, nous allons nous intéresser au parcours des personnes migrantes. « Les routes de l'exil sont désormais tout aussi éprouvantes que les raisons qui les ont fait prendre » (Roptin, 2008, p. 8 cité dans Cultures & Santé asbl, 2019, p. 4). En effet, « leurs expériences vis-à-vis des mauvaises conditions de vie, de la violence et de la discrimination dans les pays où ils sont passés lors de leur périple les forcent à continuer de voyager jusqu'à ce qu'ils puissent trouver repos » (Médecin Sans Frontières, cité dans Cultures & Santé asbl, 2019, p. 8). Pour citer un exemple concret, une psychologue clinicienne, rencontrée au cours de la recherche lors d'un entretien exploratoire, explique qu'elle a accueilli dans son centre une famille composée d'une mère et de ses deux filles de quatorze et huit ans. La famille est originaire d'Angola, cela se passe au début des années 2000. Suite à des manifestations contre le gouvernement auxquelles le père participait ponctuellement, il a été tué par l'armée devant sa famille. La femme a supplié les soldats d'épargner ses enfants, ils l'ont violé devant ses deux filles et l'ont laissé pour morte. Elle a réussi à aller demander de l'aide à son frère qui a payé un passeur pour les faire quitter le pays, elle et ses deux filles. À leur arrivée en France, la fillette de huit ans était devenue complètement muette. Au bout de sept mois d'accompagnement hebdomadaire, la fillette a prononcé quelques mots. « Il y avait un temps nécessaire pour le système psychique [...] à assimiler cette souffrance qu'on ne peut pas décrire. Est-ce qu'une enfant de huit ans peut décrire tout ce qu'elle a vu ? » (communication personnelle, décembre, 2020).

Les durées de migration sont très aléatoires. Cela dépend du pays d'origine, la migration peut durer de vingt-quatre heures pour certains, s'ils ont des ressources économiques à deux ans pour d'autres. « Par exemple les gens de la Mauritanie, peuvent venir par le Sénégal, le Mali, le Maroc, puis l'Italie et enfin la France. C'est très long » (communication personnelle, décembre, 2020). Lors de l'arrivée en France, les personnes migrantes subissent la menace de l'expulsion

et doivent faire face à une exclusion sociale doublée d'une exclusion spatiale (Mitchell, 2003, cité par Le Courant, 2016, p. 226). En effet, l'exclusion est double puisque d'une part leur intégration est compromise par l'absence de reconnaissance juridique et qu'en plus, ils ne circulent plus où ils le souhaitent par peur d'être arrêtés (Le Courant, 2016).

De plus, « lorsqu'il y a un traumatisme, celui-ci est souvent mis entre parenthèses pendant la procédure d'asile » (Salah, 2010 cité dans Cultures & Santé asbl, 2019, p. 13) car réside encore l'angoisse d'obtenir la protection et de pouvoir s'installer. L'obtention des papiers est perçue comme une autorisation de réapparaître en public sans craindre pour soi (Le Courant, 2016). De plus, cela est une forme de reconnaissance sociale (Honneth, 2004, cité par le Courant, 2016) et par conséquent cela permet de restaurer l'estime de soi. Cependant, « entre les déracinements identitaires, les dislocations des familles, les violences de guerre et les désenchantements une fois arrivés en Europe, l'octroi de la protection internationale n'est pas une fin en soi, mais l'étape d'un parcours » complexe et semé d'épreuves (Briké, 2020, cité dans Cultures & Santé asbl, 2015, p. 4).

#### **d. Les difficultés liées à l'arrivée dans un pays tiers**

L'Homme est lié à la société et aux autres dès son plus jeune âge « non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme » (Paugam, 2013, cité par Clavreul, 2015, p. 71). Or, ses repères sociaux sont bousculés avec l'arrivée dans un nouveau pays où il ne connaît personne et ne possède pas de groupe de référence.

De plus, une étude allemande montre que la « dépression et la décompensation psychique se développent avant l'arrivée dans un nouveau pays, mais les conditions d'accueil en Europe ne favorisent pas non plus le bien-être mental » (Cannone, 2016). Ainsi, les troubles de santé mentale se manifestent au fur et à mesure de l'exposition des personnes migrantes aux difficultés durant le parcours migratoire. De plus, les troubles de santé peuvent être amplifiés par l'arrivée dans un nouveau pays dans lequel ils doivent raconter leur histoire sans forcément être réellement écoutés et compris. « Voir son histoire niée ou demandée lors des demandes d'asile peut conduire à un sentiment d'étrangeté par rapport à soi » (Cannone, 2016). Il est possible de faire un parallèle avec les déterminants de santé évoqués précédemment. En effet, c'est l'accumulation de déterminants défavorables, ici principalement liés au contexte environnemental, qui conduit à une altération de la santé mentale de la personne migrante

### **e. L'impact des parcours migratoires sur la santé physique et mentale**

Les parcours migratoires sont chaotiques et engendrent de nombreux traumatismes. La santé physique peut être dégradée suites aux violences physiques subies lors de la migration mais il existe également un phénomène important de fatigue (communication personnelle, décembre 2020). Drachman (1992, cité par Zübeyit, 2011, p. 16) explique que la personne migrante subit des pertes massives tant au niveau social qu'environnemental et ces pertes sont la cause de « dépression, d'anxiété, d'isolation et de manque d'estime de soi ». Les personnes migrantes n'ont plus une bonne image d'elles-mêmes, il y a une nécessité de retrouver une estime d'elles-mêmes. « Le corps est comme anesthésié » (communication personnelle, décembre, 2020) que ce soit physiquement ou psychiquement. La majorité des personnes en CADA sont sous traitement médicamenteux de type antalgique pour pallier les douleurs physiques engendrées par les souffrances psychiques, elles veulent oublier leur passé même si cela n'est pas possible (communication personnelle, décembre, 2020).

La demande d'asile est un « moment de vie complexe dans lequel s'enchevêtrent la procédure, les événements traumatiques, les difficiles interactions sociales dans un pays qui n'est pas le sien » (Morestin cité par Courtois, 2020). Ainsi, il est observé chez ces personnes un « isolement, un repli [sur eux-mêmes], [des] troubles du sommeil [allant jusqu'à] l'abandon progressif de la capacité à se mettre en action » (Courtois, 2020). La situation de santé des personnes migrantes est généralement dégradée, loin de la définition de la santé comme « la mesure dans laquelle [...] un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Les impacts sont importants sur le plan psychique de la personne.

De plus, il existe une « hétérogénéité des formes de souffrances mentales qui se traduisent différemment selon les individus » (Bartolomei & al., 2014). Ainsi, il peut y avoir une non-reconnaissance du traumatisme par la société d'accueil en raison de la façon dont la personne va exprimer sa souffrance ou au contraire, ne pas l'exprimer. De plus, les troubles psychiques sont souvent peu visibles voire invisibles de l'extérieur. Les personnes ayant vécu un traumatisme migratoire peuvent vivre ensuite une forme de désillusion quant à la vie espérée à leur arrivée en France. Cela s'accompagne alors d'une sensation d'échec du projet migratoire associé à un sentiment d'injustice (Bartolomei, Baeryswil-Cottin, Premand, 2014).

Pour accompagner ces difficultés psychiques, des prises en soins en ergothérapie pourraient être bénéfiques.

## **f. Des interventions en ergothérapie existent déjà**

Des interventions en ergothérapie existent déjà auprès de la population migrante dans certains CADA. Cependant, cela reste des expériences qui ne sont pas encore développées à l'échelle nationale. Ces interventions sont issues d'un programme pour faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile (FASDA), auquel l'article de Courtois dans la revue *Actualités Sociales Hebdomadaires* fait référence. D'un point de vue occupationnel, les personnes migrantes ont vu leurs routines quotidiennes et leurs occupations bouleversées voire disparaître, et ont souvent perdu tous leurs repères familiers (Whiteford, 2016). Pour les professionnels de santé, l'objectif général auprès des personnes requérant l'asile est de « limiter les turbulences psychiques des personnes migrantes en s'appuyant sur un réseau de santé de proximité » (Courtois, 2020). Plus spécifiquement pour l'ergothérapeute, les objectifs sont de « rencontrer, échanger, mettre en place des activités afin "d'étayer" - c'est-à-dire faire du soutien psychosocial » (Courtois, 2020). De plus, « le manque d'appartenance sociale et l'absence d'occupations à visée sociale contribuent au sentiment d'isolement et de solitude » (Whiteford, 2016). Une activité est « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2013, p.59). Les activités mises en place par l'ergothérapeute dans ce centre pour demandeurs d'asile sont plutôt des « exercices d'expression » (Courtois, 2020) prenant « la forme d'ateliers de dessin, de sorties à la médiathèque ou de préparation de pizzas » (Courtois, 2020).

De plus, lors de l'arrivée en France, les personnes migrantes sont confrontées aux difficultés liées à la barrière de la langue. Pendant l'intervention des professionnels de santé autour de la personne, il y a une « triangulation de la relation » (Kreusch, 2011) liée à l'introduction d'un interprète dans la relation. Ainsi, durant la construction de la relation thérapeutique, l'ergothérapeute doit prendre en considération la présence de l'interprète dans l'élaboration du cadre thérapeutique de l'accompagnement.

## **2. Le processus identitaire et l'acculturation**

Après avoir vu ce que sont la migration forcée et ses conséquences sur la santé, intéressons-nous maintenant au processus identitaire et à l'acculturation. En effet, afin de comprendre ce que vivent les personnes vivant une migration forcée, il paraît essentiel de comprendre les processus qui entrent en jeu dans l'évolution psychique et son impact sur l'état de santé de la personne. Pour cela, nous allons aborder les thèmes du processus identitaire et de l'acculturation en lien avec l'ergothérapie.

## **2.1 Le processus identitaire et la santé**

### **a. Définition**

L'identité est « l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu (ou un groupe) se perçoit comme une entité spécifique et qu'il est perçu comme tel par les autres » (Castra, 2012). Pour une personne migrante, comme pour tout individu, son identité peut s'être construite en fonction de sa culture d'origine, de ses habitudes de vie et de toutes les caractéristiques qui lui permettent de se définir elle-même ou d'être définie par autrui. L'opération identitaire, quant à elle, consiste en un « réaménagement permanent des différences et des contraires en une unité structurelle qui donne au sujet le sentiment de n'être pas contradictoire et qui le maintient en état de reconnaissance de lui-même » (Temple, 2005, p. 369). En d'autres termes, l'opération identitaire peut être considérée comme un processus permettant à l'individu de conserver un équilibre interne, une cohérence subjective en toutes circonstances. Lorsqu'une personne vit une migration forcée, son équilibre interne et ses relations avec autrui sont perturbés et cela impacte donc son identité.

### **b. L'identité comme résultat d'interactions**

L'identité est le fruit d'interactions entre différentes composantes propres à la personne mais aussi à la société. En effet, la société détermine les individus autant que ces derniers font évoluer la société dans laquelle ils se trouvent. L'identité personnelle correspond à « l'ensemble des caractéristiques pertinentes définissant un sujet et permettant de l'identifier de l'extérieur » (Camilleri et al., 1998, p. 173 cité par Barthoux, 2008, p. 111). L'identité personnelle est étroitement liée avec l'identité culturelle car la culture fait partie intégrante de ce qui définit une personne. « Pour chaque homme singulier, sa dimension individuelle est inséparable de la liberté à se réapproprier sans cesse ce dans quoi il se reconnaît provisoirement, ce par quoi il se définit à un moment donné » (Pena-Ruiz, 2003, p. 73 cité par Barthoux, 2008, p. 112).

Ainsi, l'identité évolue dans le temps en fonction des interactions avec l'environnement, des expériences et des choix de la personne au fil du temps. Cependant, l'identité culturelle est aussi une construction sociale. En effet, l'identité culturelle « n'est pas l'identité première de l'individu et elle ne saurait donc constituer le fondement de l'égalité des droits » (Barthoux, 2008, p. 118). Barthoux parle donc « d'identité humaine » comme « identité universelle d'être humain » et qui dépasse toute autre identité. Belkaïd (2000, cité par Temple, 2005, p. 370) insiste sur les « aspects multipolaires et éclatés de l'identité » qui conduisent à parler d'identités au pluriel. De Gaulejac (2009) confirme ces dires en exposant la personne comme « multi-

appartenant », c'est-à-dire qu' « il peut occuper simultanément ou chronologiquement des positions diverses, des statuts différents et jouer des rôles sociaux multiples » (De Gaulejac, 2009). Or, tout « individu se construit en tant que sujet à partir des interactions générées par ses activités sociales, que cela soit des activités professionnelles, de loisirs ou encore militantes [bénévoles], qui constituent sa vie » (Clavreul, 2015). Ainsi, la personne migrante peut occuper diverses positions dans la société. Cependant, à son arrivée, étant donné les difficultés d'obtention d'un accord pour séjourner en France et donc être légitimé dans sa place et ses rôles sociaux, la personne migrante peut avoir besoin d'être accompagné afin de lui permettre de participer à des activités et donc de construire sa place.

### **c. Identité et santé mentale**

La migration, lorsqu'elle est forcée, provoque ce que certains auteurs appellent un traumatisme. Le traumatisme peut provoquer « aussi bien un avortement de la construction d'un espace psychique à soi, une fermeture et un repli, qu'au contraire une ouverture à la fécondité des rencontres avec le différent, l'inconnu, l'étranger » (Duparc, 2009, p. 15). Le traumatisme de la migration consiste en « une rupture du cadre culturel du migrant, réalité externe dont l'impact interne n'est pas négligeable, rupture qui peut déclencher [...] des symptômes très divers, voire révéler une pathologie mentale » (Lingiah, 2005, p. 32). Lorsqu'un diagnostic médical est posé, très souvent, il s'agit d'un trouble de stress post-traumatique. D'après le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) (annexe IV), le trouble de stress post-traumatique s'applique lorsqu'une personne a été « exposée à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou des violences sexuelles sur sa propre personne, sur d'autres personnes en sa présence ou sur ses proches même à distance » (American Psychiatric Association (APA), 2015) . Le trouble de stress post-traumatique peut amener différents symptômes, telles que des conduites d'évitement, des reviviscences et une altération négative de l'humeur et des cognitions, voire une hyperactivation neurovégétative (APA, 2015). Ainsi, ce trouble de santé mentale va avoir des répercussions sur l'estime de soi, l'image de soi et donc la perception que la personne a d'elle-même. Autrement dit, cela va avoir un impact sur le processus identitaire de la personne. Les immigrés peuvent également être sujets à une dépersonnalisation. La dépersonnalisation correspond « à un vécu que le sujet éprouve lorsqu'il n'est plus en mesure de définir les limites de son corps ou de son psychisme, et qu'il ressent vis-à-vis de lui-même un sentiment d'étrangeté ». Les immigrés rencontrent des difficultés à s'insérer dans la société en raison de ce sentiment d'étrangeté (Baligand, 2015, p. 60-61).

Ces troubles, associés aux habitudes de vie modifiées et à l'impossibilité de travailler, peuvent altérer l'identité d'un immigré et provoquer une perturbation de la réalisation des rôles sociaux. Cela peut donc conduire à une fragilisation du concept d'identité.

#### **d. Fragilisation du concept d'identité**

Entre le début de la migration et l'installation dans le pays, les personnes migrantes font face à de nombreuses épreuves qui vont impacter leur processus identitaire. En effet, l'identité évolue en fonction des interactions de la personne avec son environnement mais aussi en fonction de ses expériences. Les violences physiques et psychiques peuvent avoir un impact sur l'identité corporelle et les croyances de la personne. L'identité d'un individu est le fruit de ses expériences et de ses rapports sociaux en lien avec son éducation. Ainsi, lorsqu'il subit un traumatisme sévère, et qu'il ne possède plus son entourage familial et amical pour se repérer, son identité peut se fragiliser (Duparc, 2009, p. 20). Cette fragilisation identitaire va avoir pour conséquence une adhésion « excessive aux idéaux du groupe, soit dans le sens de l'hyperadaptation, soit dans celui de la marginalité, de la contre-culture » (Duparc, 2009, p. 20). Lingiah émet l'hypothèse qu'il existe une ambivalence, à la fois chez les personnes migrantes mais aussi dans la communauté d'accueil « entre souhait d'intégration et peur de perdre son identité » (Lingiah, 2005, p. 33). « Être réfugié a considérablement changé leur vie, mais ce n'était pas une identité qu'ils décrivaient comme celle qu'ils voulaient avoir pour les définir au mieux dans leur nouveau pays » (Whiteford, 2016). La personne migrante est dans une situation où elle va être amenée « à reconsidérer ses manières de faire, à s'assimiler au pays d'accueil, [elle] doit rééquilibrer son rapport à la culture et à [elle]-même » (Lascaux, 2015). La personne doit réorganiser ses repères constituant son intégrité psychique. De ce fait, des accompagnements sont envisageables afin de permettre à la personne immigrée de réaliser ces adaptations de façon optimale. Ainsi, l'identification des accompagnements les plus pertinents sera à envisager, notamment en ergothérapie.

## **2.2 Ergothérapie, processus et identité**

### **a. Qu'est-ce que l'identité occupationnelle ?**

Nous avons pu voir que la personne migrante doit faire face à un réaménagement identitaire. Ainsi, ce phénomène concerne l'ensemble des composantes de sa vie, y compris ses occupations. Dans ce cadre, l'identité occupationnelle est un concept ergothérapique faisant référence à « la connaissance que nous avons de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction et de nos obligations, à partir de nos expériences passées »

(Kielhofner, 2002 cité par Bélanger et al., 2006). L'identité occupationnelle peut être bousculée chez les personnes migrantes.

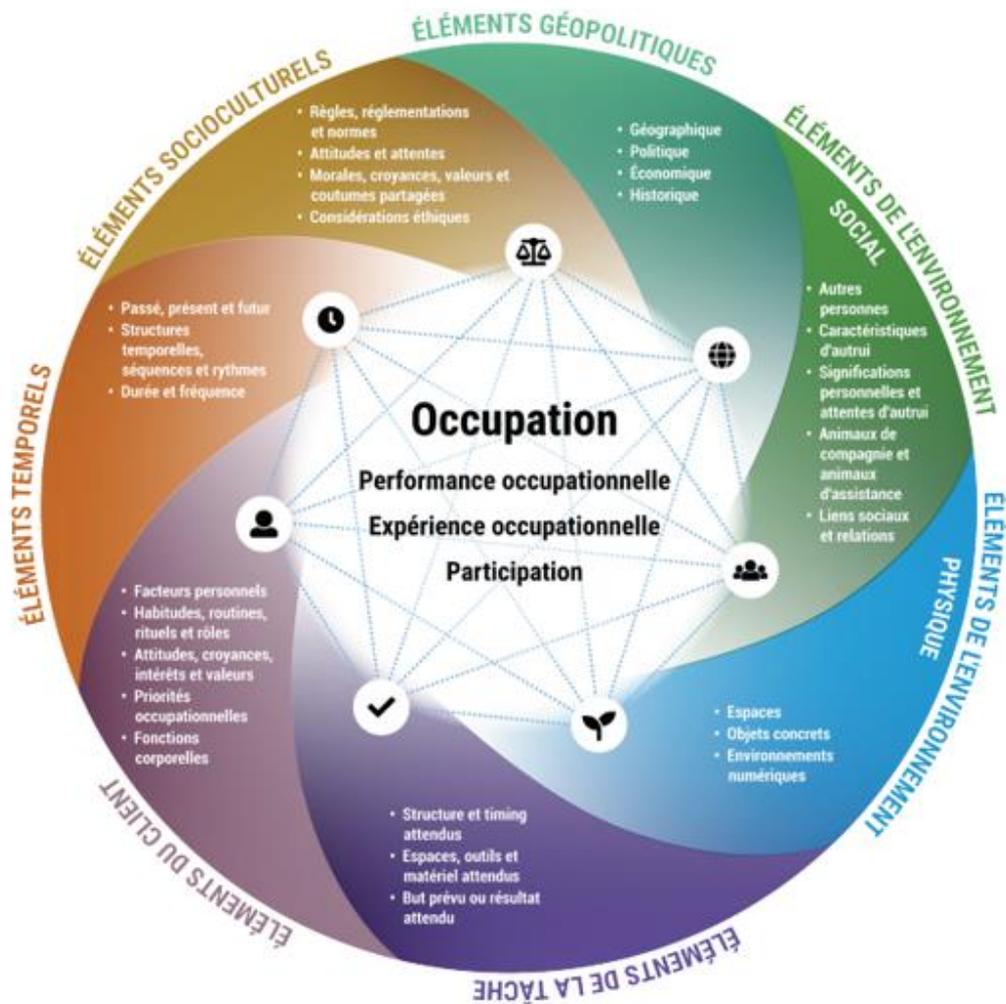
### **b. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?**

L'ergothérapie est une pratique fondée sur le lien existant « entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2019). L'objectif de l'ergothérapie est de « maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE, 2019). L'ergothérapeute vise à réduire les situations de handicap en considérant les habitudes de vie de la personne ainsi que son environnement. Il est « l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (ANFE, 2019). L'ergothérapeute agit sur les facteurs psychosociaux et environnementaux ayant un impact sur l'aptitude de la personne à réaliser les actions qui lui sont propres (ANFE, 2019). Pour cela, il peut utiliser des modèles conceptuels qui favorisent la considération holistique de la personne et une intervention efficace. Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017).

### **c. Le Modèle d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM)**

Le Modèle d'Intervention en Ergothérapie (OTIPM) est un modèle conceptuel créé en 2009 par Anne Fisher, ergothérapeute américaine (Fisher, 2009). Ce modèle explicite le raisonnement clinique sur lequel se base l'intervention en ergothérapie. Il s'appuie sur une approche client-centrée, c'est-à-dire une approche centrée sur les occupations de l'individu (Fisher, 2013). Le terme « client » est celui utilisé dans le modèle. Les clients peuvent être un individu, une famille, un groupe ou une communauté, cela est important à noter en raison des nombreuses prises en soin possibles chez la population migrante (Fisher, 2013). Ce modèle considère l'occupation dans sa perspective transactionnelle, c'est-à-dire que chaque occupation est une réponse à un contexte situationnel particulier (Fisher & Marterella, 2019). L'occupation et le contexte situationnel sont liés et il est impossible de les séparer (Fisher & Marterella, 2019). Les diverses composantes du contexte situationnel de l'occupation ont été modélisées (figure 2). Elles comprennent sept entités : les éléments socioculturels, géopolitiques, de l'environnement social, de l'environnement physique, de la tâche, de client et temporels (Fisher & Marterella, 2019). Ce modèle suit une approche True Top Down, c'est-à-dire que c'est

l'engagement de la personne dans sa vie quotidienne qui guide les objectifs d'intervention, ce qui permettra ensuite d'organiser l'accompagnement.



*Figure 2 : Modèle Transactionnel de l'Occupation (Fisher & Marterella, 2019).*

#### **d. Comment l'ergothérapeute peut agir sur la dynamique de restructuration identitaire ?**

Comme les personnes migrantes vivent un bouleversement occupationnel, environnemental et social, l'accompagnement ergothérapeutique sur ces aspects permettrait de favoriser l'équilibre occupationnel. « Les ergothérapeutes [...] sont idéalement placés pour contribuer au lien entre la pratique et la politique pour des problèmes urgents qui comprennent [...] les besoins occupationnels des réfugiés et des demandeurs d'asile » (Whiteford, 2016). Selon l'OTIPM, les conditions de vie des immigrés ont un impact sur leur état de santé, notamment sur leur santé mentale. Or, ces conséquences perturbent leur équilibre occupationnel donc dans un objectif de santé, il est important d'essayer de remettre en place une routine de vie comprenant des temps

de productivité et des temps de loisirs. L'équilibre occupationnel est l'équilibre relatif entre les trois domaines de performances suivants : les soins personnels, la productivité et les loisirs (Law et al., 1997, p.38, traduction libre). « En mettant l'accent sur la capacité plutôt que sur les incapacités, l'ergothérapeute peut maximiser la capacité d'adaptation et le bien-être » (Majnemer, 2010, p. 207). De plus, les rôles sociaux de ces personnes peuvent être entravés en raison des difficultés d'intégration sociale dans la société et d'accès aux activités (professionnelles, loisirs, soins). Ainsi, l'ergothérapeute peut favoriser l'implication de la personne dans ses rôles sociaux significatifs pour elle afin de lui permettre de réinvestir ses occupations. Pour une personne immigrée, il peut s'agir de lui permettre de recouvrer des rôles sociaux significatifs dans la société dans laquelle elle est en train de s'insérer, autrement dit venant construire son rôle possible de citoyen (Clavreul, 2020).

L'ergothérapeute pourrait donc agir sur le processus identitaire. De ce fait, nous allons maintenant nous intéresser aux manières dont il est possible de considérer le processus identitaire.

### **2.3 Processus identitaire**

Il existe plusieurs manières de considérer le processus identitaire : l'acculturation, la résilience et la reconnaissance sociale, ce que nous allons expliciter afin de pouvoir par la suite aborder les stratégies qui peuvent être mises en place.

#### **a. L'acculturation**

La restructuration identitaire repose sur le phénomène d'acculturation. Ce dernier correspond à « l'ensemble des phénomènes résultant d'un contact continu et direct entre groupes d'individus appartenant à différentes cultures, et aboutissant à des transformations qui affectent les modèles culturels originaux de l'un ou des deux groupes » (Redfield, Linton et Herskovits, 1936, p.149 cité par Amin, 2012, p.106). Luong (2020, p.436) voit l'acculturation comme une perte puis un remplacement de repères dans une unité de temps et d'espace. Il peut, selon lui, y avoir une adaptation au mode de vie, à la culture, à sa nouvelle société de la part de la personne migrante, mais cela peut aussi s'accompagner d'un refus d'intégration (Luong, 2020, p.435). L'acculturation se caractérise par la volonté de la personne migrante à conserver sa culture et dépend donc de « l'importance que le migrant accorde au maintien de son identité et de ses spécificités » (Cohen-Emerique, 2015, p.351) mais aussi le lien qu'il souhaite avoir avec la société d'accueil. La personne migrante en cours de processus d'acculturation est en pleine « recherche d'un équilibre qui se fait au prix d'emprunts et de renoncements » (Bennegadi, R.

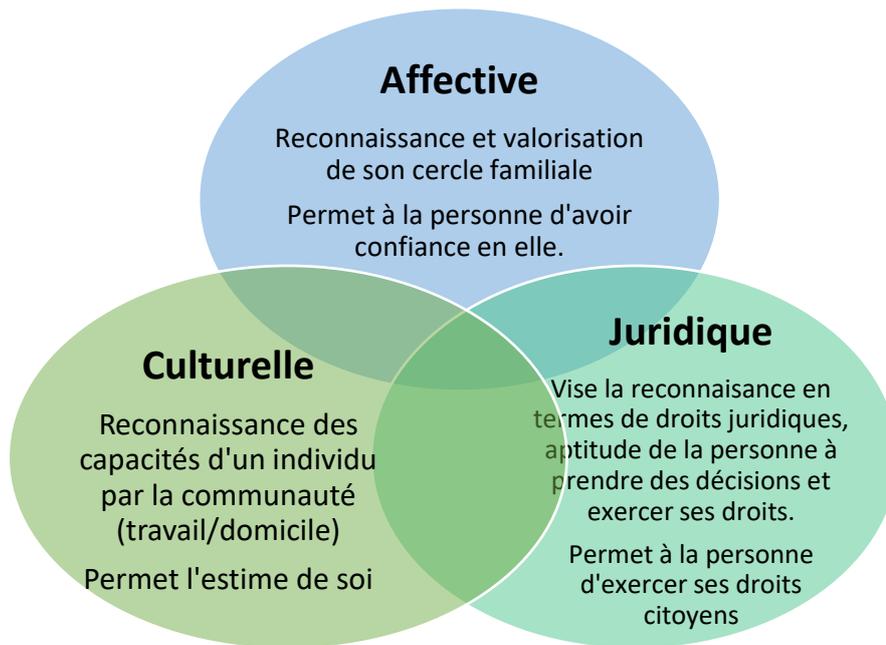
et Cheref, S.,2015, p.201). Par exemple, une personne malienne doit faire des choix concernant la façon dont elle souhaite lier la culture malienne et la culture française afin d'adopter un équilibre interne. L'acculturation ne signifie pas la disparition d'une culture au profit d'une autre, c'est l'association des deux à une fin d'évolution positive. De plus, toute culture est enchaînement de constructions, déconstructions et reconstructions, car isolément elle n'a aucune chance de progresser dans une quelconque direction (Barthoux, 2008, p.107-109).

### **b. La résilience**

Selon l'approche psychodynamique, l'accompagnement ergothérapeutique consiste en partie à adapter le réel afin de permettre à la personne de vivre selon le mode de vie qu'elle souhaite dans un environnement qui ne lui est pas inné. Il s'agit aussi de restructurer son imaginaire afin de prévenir ou rétablir la santé psychique (Bennegadi et Cheref, 2015, p.210). Par exemple, cela peut consister à accompagner la personne dans la réalisation d'occupations significatives pour elle et significatives pour la société française. Surmonter le traumatisme migratoire implique de passer par une étape de deuil de la vie antérieure puis par un processus de résilience (Lapointe-Gagnon et Jourdan-Ionescu, s.d., p.227). La résilience est un « processus permettant l'adaptation réussie dans une situation d'adversité telle la migration » (Ionescu, 2011 cité par Lapointe-Gagnon et Jourdan-Ionescu, s.d. p.227). Une fois le traumatisme accepté, cela peut ensuite permettre « la création d'une nouvelle identité plus riche, plus vivante et plus humaine, au terme d'une évolution et d'une temporalité plus élaborée que celle d'une simple trajectoire de vie » (Duparc, 2009, p.15).

### **c. La reconnaissance sociale**

Selon Honneth (2000), tout être humain a besoin d'être reconnu socialement. Cet auteur distingue trois sphères de reconnaissance sociale : affective, juridique et culturelle. Ces trois sphères de reconnaissance sociale ont un impact sur l'identité lorsqu'elles sont menacées. Honneth parle de menace pour l'intégrité psychique lorsque la sphère affective n'est pas comblée, de menace pour l'intégrité sociale lorsque la personne ne dispose pas de ses droits, et enfin d'une menace pour la dignité lorsque la sphère culturelle n'est pas pourvue (Honneth, 2000 cité par Lechenet, 2010) (figure 3).



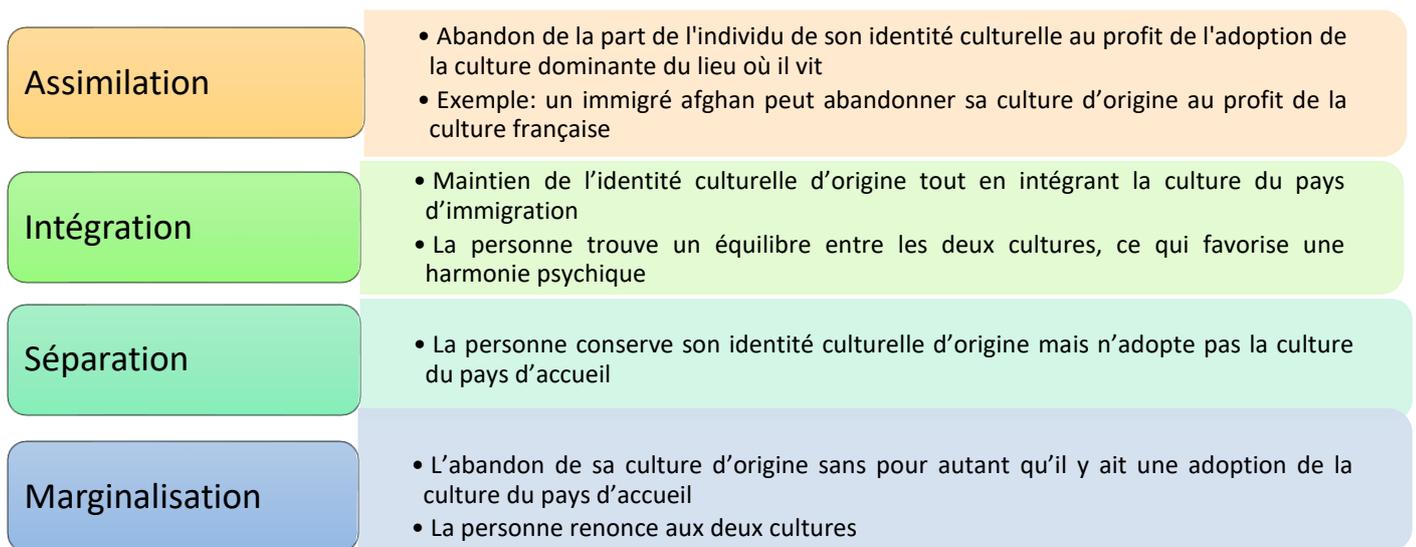
*Figure 3 : les trois formes de reconnaissances sociales selon Honneth (2000, cité par Lechenet, 2010).*

#### **d. Stratégies individuelles et collectives d'acculturation et identitaire**

Le processus de réorganisation identitaire est différent selon les individus, leurs origines ou leur environnement d'accueil (Cohen-Emerique, 2015, p. 350). Deux modèles se confrontent et se complètent sur les stratégies identitaires et d'acculturation à l'œuvre lors d'une situation d'interculturalité. Le modèle des stratégies identitaires de Camilleri (1989 et 1990) (cité par Amin, 2012), considère l'estime de soi positive comme base de l'identité sociale. D'après Camilleri, « le migrant vit le contact entre sa culture d'origine et celle de la société d'accueil comme un conflit, un morcellement culturel, et subit une pression psychologique se répercutant sur son système identitaire » (cité par Amin, 2012, p.104). Dans un premier temps, la personne migrante est alors en proie à des troubles de cohérence entre sa fonction psychologique et sa fonction pragmatique (Camilleri cité par Amin, 2012, p.104). Dans un second temps, la personne peut rencontrer une altération de l'image de soi, partiellement engendrée par l'environnement d'accueil avec des situations de domination de l'individu (Camilleri, cité par Amin, 2012, p. 105). La personne migrante peut adopter des solutions (annexe V) pour rétablir son estime de soi et son « unité de sens » (Camilleri cité par Amin, 2012, p.104).

Le second modèle est celui des stratégies d'acculturation de Berry (1997) (cité dans Amin, 2012). Ce modèle postule que lorsqu'il y a un échange culturel, un groupe est « dominant » et

un groupe est « dominé », le groupe « dominé » étant dans la majorité des cas « composé de migrants et de leurs descendants » (Berry et Sam, 1997, cité par Amin, 2012, p.107). Ainsi, la personne migrante doit faire le choix de la stratégie qu'elle va adopter en fonction de sa volonté à maintenir sa culture d'origine et de son désir à avoir des contacts ou non avec la culture de la société d'accueil (Berry, 2000, cité par Amin, 2012, p.107). De ces choix, l'individu va accéder à quatre stratégies d'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation ou la marginalisation (Berry et Sam, 1997, p.296, cité par Amin, 2012, p.107) (figure 4).



*Figure 4 : les quatre stratégies d'acculturation selon Berry (1989)*

Camilleri (cité par Kanouté, 2002 puis par Amin, 2012, p.111) souligne que « les stratégies identitaires sont "impliquées" d'une certaine manière dans les stratégies d'acculturation ». Ainsi, les stratégies identitaires « illustrent les processus d'acculturation et permettent de saisir la dynamique de la restructuration identitaire à l'œuvre dans ces processus » (Camilleri, 1990, cité par Amin, 2012). Les stratégies identitaires permettent à la personne de conserver son unité malgré sa situation pluriculturelle et de maintenir une estime de soi qu'elle-même considère comme satisfaisante (Cohen-Emerique, 2015, p.362).

Le contexte d'accueil peut impacter négativement la santé. En effet, la société d'accueil a une place fondamentale dans le processus d'acculturation et conditionne en partie l'intégration de la personne (Cohen-Emerique, 2015, p.352). Toute société transmet « de façon implicite ou explicite des codes culturels » et des représentations (Rapaille, 2008 cité par Bennegadi et Cheref, 2015, p.202). Cependant, en associant l'échange culturel entre les deux parties, cela permet un niveau d'acculturation plus élevé (Cohen-Emerique, 2015, p.352).

### **e. Acculturation et santé mentale**

L'intégration sociale passe par la compréhension « des manières de ressentir, de penser et d'agir de la société ou du groupe donné » (Jasmin, 2019, p.160). Cela s'accompagne d'un apprentissage des règles sociales implicites et explicites de la société puisque « être adapté socialement, c'est aussi accepter les normes de la société [...] et s'y conformer » (Jasmin, 2019, p.163). Cependant, des tensions mentales peuvent apparaître lorsque « les schémas cognitifs des individus ne leur permettent plus de trouver suffisamment de repères pour comprendre et agir dans une situation interculturelle » (Vandeveldde-Rougale et Fugier, 2016, p.21). Les difficultés d'intégration sociale peuvent aussi survenir lorsque la situation environnementale provoque des tensions mentales. Cependant, lorsque la personne migrante ne parvient pas à surmonter une difficulté de réorganisation identitaire, le processus d'acculturation peut en être ralenti. En effet, lorsque la personne n'arrive pas à se définir elle-même, il lui sera difficile d'associer une nouvelle culture à sa culture d'origine. L'accompagnement de l'ergothérapeute pourrait consister dans un premier temps à reconnaître les formes et les efforts d'intégration des personnes migrantes et de les valoriser en permettant une forme d'expression.

### **f. Et quand le processus d'acculturation est empêché ?**

Le processus d'acculturation peut être fragilisé lorsque les « "convictions protectrices" [de la personne migrante] tiennent mal la route avec le temps et devant les événements » (Luong, 2020, p.437). Ainsi, lorsque la personne n'arrive pas à faire face au choc culturel, le processus d'acculturation est entravé. En 1988, Berry et Kim ont déterminé que la politique de la société d'accueil envers l'intégration des immigrants impacte aussi leur processus d'acculturation et leur santé mentale. De ce fait, lorsque l'environnement d'accueil n'est pas favorisant, le processus d'acculturation est ralenti voire impossible, l'immigré est rejeté par sa nouvelle nation.

Sen (2002) propose une approche basée sur le « fonctionnement » et la « capacité ». Le fonctionnement est ce que la personne réalise (Sen, 2002 cité par Ballet, 2015) tandis que les capacités sont les « diverses combinaisons de fonctionnement qu'un individu peut accomplir, et parmi lesquelles il peut faire son choix » (Sen, 1993, p. 31 cité par Julhe, 2016, p.331). Autrement dit, les capacités renvoient « à une puissance de choix » (Canto-Sperber, 1991, p.35 cité par Julhe, 2016, p.328) dans un champ de possibilités. Il s'agit donc de se questionner afin de savoir comment la personne peut utiliser ses capacités pour développer ses possibilités d'agir.

Entre le traumatisme migratoire et la posture de l'environnement d'accueil, l'immigré peut développer une décompensation psychique. Cette dernière peut entraver le processus d'acculturation. Cependant, la décompensation psychique n'est pas due au processus d'acculturation mais à l'emballlement psychique qui aboutit à un « dépassement capacitaire » (Bennegadi et Cheref, 2015, p.202). Le psychisme n'est pas en mesure d'assimiler le vécu traumatique ainsi que le rejet par la société d'accueil. Cela est en lien avec les déterminants de santé. En effet, l'environnement en tant que déterminant de santé peut entraver les occupations. Cependant, lorsque les occupations sont empêchées, l'acculturation n'existe pas ou est insuffisante, ce qui ne permet pas à la personne d'incarner et développer ses rôles sociaux. Cela défavorise alors la santé.

### **3. Entre droits et justice**

Après avoir explicité le contexte dans lequel peut se dérouler une migration forcée et ses impacts sur la santé mentale, nous avons pu comprendre les mécanismes pouvant entrer en jeu lors de l'arrivée dans un nouveau pays, par exemple en France. Nous avons ensuite montré que l'ergothérapeute intervient sur les occupations. Nous avons par ailleurs pu mettre en évidence que l'identité occupationnelle entre en compte dans le processus identitaire et que la construction de l'identité occupationnelle peut être fragilisée pour ces personnes migrantes. Nous avons également vu que du point de vue identitaire, il existe des déterminants de santé individuels défavorables et que le contexte du parcours migratoire, et de l'accueil en France peut être néfaste sur la santé, en particulier la santé mentale. Nous allons désormais nous intéresser aux droits des personnes migrantes et à la notion de justice dans le domaine médico-social.

#### **3.1 Le droit à la santé**

La possession « du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS, 1948). La notion de promotion de la santé, développée par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, désigne « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Or, pour les personnes ayant vécu une migration forcée, le respect du droit à la santé n'est pas toujours respecté, c'est ce que nous allons maintenant développer.

### **a. Les besoins**

Selon la Charte d'Ottawa (annexe VI), il existe des critères préalables à la santé qui sont : « la paix, un abri, de la nourriture et un revenu » (OMS, 1986). De ce fait, les vecteurs sociaux, économiques, culturels, environnementaux ont un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité de vie et la santé. Pour parvenir à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1948), l'individu, ou le groupe, doit pouvoir

« réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et [...] évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (OMS, 1986).

L'ergothérapeute peut alors intervenir afin de permettre aux individus d'acquérir ces besoins fondamentaux et ainsi d'améliorer leurs conditions de vie. En 2005, l'OMS crée une commission des déterminants de santé, commission qui va notamment mettre en forme un modèle de déterminants de santé sous l'angle des inégalités sociales en 2008 (OMS, 2008, annexe III).

Les besoins en santé des personnes migrantes sont très importants. Notamment, comme dit précédemment, l'expérience de la migration ou les situations de vie que la personne a pu vivre antérieurement, peuvent provoquer le développement de maladies mentales (Wittwer et al., 2019).

### **b. Les représentations de la maladie dans la population**

Afin de mieux cerner les besoins en santé, il est important de s'intéresser aux représentations de la maladie chez la population migrante. En effet, la culture a un impact sur les représentations de la maladie, et les besoins évoluent en raison du parcours migratoire, des conditions de vie et des troubles de santé mentale. Selon le modèle de l'autorégulation de la maladie conçu par Leventhal (1980 cité par Levesque et Rocque, 2015), « l'individu, lorsqu'il est exposé à un ensemble de symptômes, est enclin à développer sa propre théorie visant à mieux comprendre, expliquer et donner un sens à sa maladie ». Dans cette théorie, Leventhal postule qu'il existe cinq croyances, « soit l'identité, les conséquences, les causes, la trajectoire et la contrôlabilité » (Leventhal, 1980 cité par Levesque et Rocque, 2015). Les causes de la maladie correspondent aux facteurs déclencheurs de la maladie selon la population. La trajectoire représente l'évolution potentielle imaginée par la population. La contrôlabilité, quant à elle, correspond

aux façons de traiter la maladie, c'est-à-dire les traitements considérés comme efficaces ou non (Leventhal, 1980 cité par Levesque et Rocque, 2015). « Les représentations de la maladie auxquelles les individus adhèrent guideraient leur réponse face à cette maladie, dont la demande de soins » (Levesque et Rocque, 2015). De plus, Eisenbruch (1991) déclare que la culture joue un rôle dans la représentation de la maladie, que les représentations culturelles ont un impact sur le diagnostic et qu'il existe une répercussion sur la façon de soigner la population migrante. Ainsi, la culture de la personne influe la manière dont elle fait face à la maladie et dont elle se la représente. Par exemple, le syndrome de stress post-traumatique n'est pas reconnu de la même façon en France qu'en Libye.

### **3.2 Les inégalités sociales de la santé**

#### **a. Définition**

En santé, les inégalités sociales sont « les différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » (Banque de Données de Santé Publique cité par Moquet, 2008, p.17). Les inégalités sociales se réfèrent « à la répartition inégale des ressources sociales [...], à l'accès inégal au pouvoir, à la richesse et aux occasions pour se développer, être en santé et s'intégrer socialement ou aux rapports sociaux inégalitaires » (Jasmin, 2019, p.136). Les immigrés (demandeurs d'asile et sans papiers) ont des besoins en santé, mais ont droit à l'aide médicale d'État (AME) uniquement après trois mois de résidence en France. Cela complique donc leur accès aux soins.

Moquet (2012) considère que les principaux déterminants des inégalités sont le « contexte politique et économique du pays [...], [les] conditions matérielles, psychologiques, [les] comportements, [les] facteurs biologiques et génétiques ainsi que [...] l'accès aux systèmes de santé » (p.18). Ainsi, « les inégalités sociales de santé constituent [...] l'une des facettes (et une conséquence) des inégalités sociales » (Haut Comité de la santé publique, 2002 cité par Moquet, 2008, p.18). Les personnes immigrées peuvent subir des inégalités sociales, comme le non-accès à un travail suffisamment rémunéré pour vivre dans de bonnes conditions, dont des inégalités sociales de santé qui ont un impact sur leur état de santé et leur niveau d'accès aux soins. À noter ici que parmi les pratiques en santé, l'approche communautaire part « du postulat que les maladies s'expliquent aussi par les inégalités sociales, elle promeut l'amélioration de la qualité de vie des personnes en misant sur leur "pouvoir d'agir" » (Courtois, 2020). Le développement de l'action communautaire en santé est une des recommandations de la santé de la charte d'Ottawa.

L'ergothérapeute peut accompagner la participation à la citoyenneté pour chaque individu et ainsi favoriser l'égalité des chances et l'équité. L'intervention ergothérapique viserait alors à reconnaître ces inégalités et à favoriser l'accompagnement en santé de chaque personne immigrée, c'est-à-dire leur permettre d'accéder à un suivi médical et paramédical en adéquation avec leur trouble de santé mentale ou physique.

#### **b. Les freins à l'accès aux soins**

Les limites à l'accès aux soins sont en partie dues aux impossibilités économiques, à l'absence d'assurance sociale, aux différences culturelles et à la barrière de la langue (Diyarbakir Tabibler Odasi, 2000 cité par Zübeyit, 2011, p.103). Les démarches pour obtenir l'AME sont très fastidieuses et les individus n'ont pas forcément connaissance de leurs droits. De plus, lorsque certaines personnes se lancent dans les démarches, les documents ne sont qu'en français ce qui complique les démarches (Spira, 2019, p.26).

Concernant les autres aides, il faut absolument avoir des papiers pour y prétendre ce qui n'est pas le cas de toutes les personnes migrantes, en demande d'asile ou même déboutées (La Cimade, 2016). Les personnes ayant déposé une demande d'asile ont accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) durant leur séjour (Stanojevich et Veïsse, 2007).

Ainsi, il existe de nombreux freins à l'accès aux soins. Cela peut être considéré comme des injustices sociales, ce que nous allons maintenant expliciter.

#### **c. La justice sociale**

La justice sociale est un « principe éthique et politique qui vise le mieux-être de tous les membres d'une collectivité en misant sur les principes d'égalités et d'équités » (Khechen, 2013 cité par Jasmin, 2019, p.134). Ainsi, une société dite « juste » repose sur un traitement impartial de tous ses membres, un partage équitable des ressources et la reconnaissance de mode et d'habitudes de vie différentes. L'ergothérapeute peut accompagner la participation à la citoyenneté pour chaque individu et ainsi favoriser l'égalité et l'équité des chances. Comme vu précédemment, en France, c'est à « travers la citoyenneté que va s'exprimer l'appartenance et la participation au "territoire" » (Clavreul, 2020) de la part, par exemple, d'une personne migrante.

## **d. La justice occupationnelle**

### **❖ Définition**

La justice occupationnelle est un « principe éthique visant à reconnaître et promouvoir le droit de tous d'avoir accès équitablement à des conditions de vie qui leur permettent de s'engager dans des occupations variées et significatives » (Durocher et al., 2014 cité par Jasmin, 2019, p.138). Ce postulat s'appuie sur le positionnement éthique de la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT) pour le droit à l'occupation comme droit humain (2006). « Le droit humain à l'activité est défini par la valeur que chacun accorde à sa propre participation aux activités significatives valorisées par la société » (WFOT, 2006). La justice occupationnelle est donc le corollaire de la justice sociale pour les ergothérapeutes. La justice occupationnelle permet de révéler les possibilités pour un individu de « s'engager dans des occupations nécessaires et ayant du sens » (Whiteford, 2016). Elle s'appuie sur les facteurs sociaux, économiques et politiques dans un vaste champ qui s'éloigne de l'individualité (Whiteford, 2016). Deux préoccupations posent les fondations de la justice occupationnelle : « l'une est la façon dont la justice est construite et comprise, et l'autre est l'encadrement du droit à s'engager dans des occupations en tant que droit humain » (Whiteford, 2016).

Townsend et Marval (2013, cités par Jasmin, 2019, p.152) recensent huit groupes de personnes nécessitant l'intervention de l'ergothérapeute. Parmi eux se trouvent les individus en situation d'itinérance ainsi que les personnes vivant dans des zones de guerres et réfugiées. Ainsi, d'après ces auteurs, les personnes migrantes en cours d'itinérance ou réfugiées en France subissent des injustices occupationnelles. Par exemple, les immigrés n'ont pas accès à l'emploi tant qu'ils ne possèdent pas de carte de séjour française ou bien une autorisation de travail de la part de la préfecture. Ainsi, en tant qu'ergothérapeute, il est nécessaire de repérer ces formes d'injustices occupationnelles lorsqu'elles se présentent et de mettre en œuvre un plan d'action avec d'autres professionnels afin d'y remédier.

La justice occupationnelle s'appuie sur la notion de capabilité précédemment expliquée. La justice occupationnelle montre les inégalités de capabilités en unité de temps et d'espace de chaque individu (Canto-Sperber, 1991, p.35 cité par Julhe, 2016, p.328). Elle vise donc à améliorer les capabilités afin d'ouvrir un horizon de possibilités de fonctionnement. Par exemple, une infirmière en Lybie, lorsqu'elle immigré en France, n'a plus la possibilité d'exercer cette profession tant qu'elle ne dispose pas du droit d'asile.

L'ergothérapeute joue un rôle en « reconnaissant et dénonçant les situations d'injustice occupationnelle » (Jasmin, 2015) ainsi qu'en « participant à des activités de sensibilisation sur la diversité humaine et occupationnelle » (Jasmin, 2015). Selon Jasmin (2019, p.141), il existe plusieurs types d'injustices occupationnelles : le déséquilibre occupationnel, la privation occupationnelle, l'aliénation occupationnelle et la marginalisation.

#### ❖ **Le déséquilibre occupationnel**

Le déséquilibre occupationnel est une conséquence négative liée à « la participation excessive à une occupation au détriment d'autres occupations en raison d'exigences sociales externes à l'individu ou au groupe » (Durocher, 2017 cité par Jasmin, 2019, p.141). Il peut aussi faire suite à « la participation à une occupation, qui sans être surinvestie en fait de temps affecte tout de même négativement la participation à d'autres occupations » (Durocher, 2017 cité par Jasmin, 2019, p.141). Par exemple, lorsqu'une personne migrante utilise tout le temps de sa journée pour conserver un abri et trouver à manger, le stress et cette gestion du temps génèrent un déséquilibre occupationnel en lien avec l'absence d'activités épanouissantes. Les objectifs de l'ergothérapeute sont d'accompagner la personne dans le rétablissement d'une routine de vie qui lui soit signifiante, mais aussi de participer à la mise en œuvre de dispositifs de logements décents et de permettre l'accès à l'alimentation en collaboration avec les travailleurs sociaux notamment.

#### ❖ **Discrimination et marginalisation**

La marginalisation occupationnelle est présente lorsqu'un « individu ou un groupe n'a pas la possibilité de choisir et de participer à des occupations en raison des attentes et des normes dans un contexte sociétal ou social donné » (Durocher, 2017 ; Townsend & Wilcock, 2004, cité par Jasmin, 2019, p.143). La marginalisation occupationnelle peut être une conséquence de la discrimination (Jasmin, 2019, p.143).

Afin de lutter contre la discrimination occupationnelle et la marginalisation occupationnelle, il est nécessaire avant toute tentative de soin de « s'initier à la culture d'autrui » (Kreusch, 2011) en se questionnant sur nos représentations mentales (Kreusch, 2011). C'est un travail « personnel et collectif sur l'appréhension de l'autre » (Kreusch, 2011) qu'il faut opérer.

Les stratégies de personnes migrantes pour surpasser la discrimination occupationnelle peuvent être tout d'abord le conformisme, c'est-à-dire d'essayer de modeler sa personne pour ressembler à la population d'accueil comme vu précédemment dans le processus d'acculturation. Il peut aussi y avoir la stratégie d'excellence consistant à donner le meilleur

d'eux-mêmes pour produire un objet en tenant compte de leur origine. La stratégie de réparation s'exprime par la valorisation de la culture d'origine malgré la discrimination occupationnelle (Cohen-Emerique, 2015, p.365). L'ergothérapeute a pour but de favoriser la participation de tous. Il serait intéressant de créer les conditions de la participation de la communauté, c'est-à-dire un groupe de pairs, voire d'établir un groupe de parole entre personnes immigrées, afin de favoriser les échanges et les occupations (André, 2020). De plus, la création de programmes centrés sur la collectivité locale d'appartenance permettrait la participation de tous dans un but commun (André, 2020).

#### ❖ **Privation occupationnelle**

Whiteford (2003, cité par Townsend & Wilcock, 2004) définit la privation occupationnelle comme « un état d'interdiction prolongée de s'engager dans des occupations de nécessité et /ou de sens en raison de facteurs qui échappent au contrôle de l'individu ». Ces facteurs peuvent être de « nature sociale, culturelle, économique, politique ou géographique » (Whiteford, 2000 cité par Jasmin, 2019, p.142). Par exemple, une personne en demande d'asile n'a pas accès au travail car la loi l'y empêche, elle ne peut donc pas prétendre à la réalisation de cette activité de productivité. L'ergothérapeute a pour objectif de soutenir « la participation citoyenne des personnes » (Jasmin, 2015), notamment via l'accompagnement à l'accès à une activité de productivité (André, 2020).

#### ❖ **Aliénation occupationnelle**

L'aliénation occupationnelle se déclenche lorsque « des forces externes modulent les choix occupationnels, de manière à ne plus être ajustés au potentiel et aux aspirations de l'individu » (Polatajko et al. 2013 cité par Jasmin, 2019, p.142). À l'issue d'un certain laps de temps, cela prive la personne de « signifiante occupationnelle et d'épanouissement de son être occupationnel » (Jasmin, 2019, p.142). L'aliénation occupationnelle est une conséquence des discriminations à l'embauche en partie expliquée par certaines professions fermées aux étrangers mais aussi par la nécessité d'obtenir une autorisation de travail préalable à l'embauche. De plus, il peut y avoir des discriminations liées à la situation administrative, au genre ou encore à la langue (La Cimade, 2019). Cette forme d'injustice occupationnelle « met l'accent sur le droit des populations ainsi que des individus à vivre des occupations significatives et enrichissantes, par opposition aux expériences d'aliénation » (Townsend & Wilcock, 2004). L'aliénation occupationnelle est perçue comme « une condition sociale de l'injustice et non comme un état psychologique » (Townsend & Wilcock, 2004). Elle fait

référence à la mobilité sociale descendante. Cela signifie que l'individu passe d'une position sociale haute dans son pays d'origine à une position sociale inférieure dans le pays d'arrivée (Jasmin, 2019, p.204). L'ergothérapeute a pour but de soutenir « l'intégration professionnelle des personnes » (Jasmin, 2015). Néanmoins, l'accès à la formation est dépendant du niveau de langue en français et les démarches à réaliser sont complexes pour les personnes. De ce fait, la collaboration avec une assistante sociale serait pertinente dans l'objectif de favoriser l'accès à une formation ainsi que la compréhension du système d'emploi français. De plus, l'ergothérapeute a pour objectif de permettre les activités significatives par opposition à l'aliénation occupationnelle, de ce fait, l'ergothérapeute ne pourrait-il pas, en s'intéressant aux trois sphères de l'activité (productivité, loisirs et soins personnels) redonner du sens aux activités de la personne ?

### **III. Problématisation**

Rappelons tout d'abord que le cadre conceptuel présenté était issu de la question de départ suivante : quels sont les enjeux de santé et d'intervention ergothérapeutique dans l'accompagnement du processus identitaire des personnes ayant vécu une migration forcée ?

Le cadre conceptuel a permis de mettre en exergue que les parcours migratoires et le contexte d'accueil ont un impact conséquent sur la santé des personnes ayant vécu une migration forcée. La santé est déterminée entre autres par des questions contextuelles que l'OMS décrit sous l'angle des inégalités sociales de santé. Ces inégalités sociales de santé peuvent être perçues comme des injustices sociales et dans le cadre de l'occupation, comme des injustices occupationnelles. L'ergothérapeute évalue que les inégalités sociales ont un impact sur les occupations de ces personnes et donc sur leur santé. Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut utiliser des modèles conceptuels dont l'OTIPM qui prend en compte les récits de vie et les déterminants de santé. Ainsi de cette problématisation a émergé la problématique suivante :

**Au regard de l'OTIPM, en quoi l'action de l'ergothérapeute sur les déterminants de santé peut-elle favoriser le réinvestissement occupationnel d'une personne ayant vécu une migration forcée ?**

L'approche hypothético-déductive utilisée dans ce travail d'initiation à la recherche amène à la création d'hypothèses de recherche découlant de la problématique.

Tout d'abord, les personnes migrantes vivent un bouleversement sur le plan occupationnel. Leur identité occupationnelle définie avant la migration subit un déséquilibre en raison du changement de contexte culturel. Ceci vient questionner le processus d'acculturation. Ces

changements peuvent provoquer un désinvestissement occupationnel. Il s'agit alors de se questionner sur la réappropriation des habiletés occupationnelles de la personne. La première hypothèse est :

**H1 : L'ergothérapeute peut accompagner les personnes ayant vécu une migration forcée dans le réinvestissement de leurs habiletés occupationnelles.**

L'environnement de la personne peut être défavorable à son intégration à la société en ce sens où les déterminants de santé contextuels sont défavorables et que le processus d'acculturation est alors entravé. La deuxième hypothèse est donc :

**H2 : En intervenant sur les déterminants de santé individuels et contextuels, l'ergothérapeute peut agir sur l'intégration des personnes ayant vécu une migration forcée.**

## **IV. Méthodologie**

Dans cette partie consacrée à la présentation du dispositif méthodologique ayant permis cette étude, le « je » méthodologique décrit par un anthropologue, Jean-Pierre Olivier de Sardan (2000) sera utilisé. L'utilisation du « je » met en avant la subjectivité de l'individu et illustre le fait que tout enquêteur peut influencer les informations recueillies du fait de sa relation avec l'interrogé (Olivier de Sardan, 2000).

### **1. Questionnement éthique**

Les médias relayent des informations potentiellement négatives sur la population migrante. Selon un sondage IPSOS datant de 2017, seuls 14% des Français ont une opinion positive de l'immigration et 53% des Français trouvent « qu'il y a trop d'immigrés en France » (IPSOS, 2017). Ce sont ces faits qui m'ont questionnés sur les injustices que peuvent rencontrer les personnes migrantes. Je me suis donc interrogée sur ces données qui montrent un phénomène de rejet marquant envers la population migrante et de ce fait sur ce qu'est le racisme.

Le racisme s'appuie sur la conviction sociale qu'il existe des races humaines mais encore plus loin, qu'il y en aurait qui seraient supérieures (Wieviorka, 1998). La discrimination, quant à elle, correspond au traitement inégal et injuste d'une personne en raison de ses « origines ethniques ou raciales, réelles ou supposées » (Bataille, 2003). De ce fait, « le racisme et la discrimination amplifient un phénomène d'ensemble et stigmatisent des populations qui sont déjà en proie à de graves difficultés économiques » (Bataille, 2003). Ces deux notions sont

issues des évènements liés au passé migratoire du pays, notamment colonial, et sont associés à des préjugés importants sur l'immigration (Tubiana, 2007). En effet, « aucune société humaine n'est dispensée d'un regard soupçonneux à l'égard de l'Autre, fût-il peu éloigné » (Tubiana, 2007). De ce fait pour réaliser une étude sans biais, il est nécessaire de se questionner sur les constats et les valeurs humaines afin de les respecter et de déconstruire les représentations que chaque individu peut avoir. Cela permet de tendre vers l'objectivité qu'il est attendue du chercheur.

En effet, en tant que chercheuse, je suis consciente du fait que j'ai des représentations et une intention initiale qui est de déconstruire les représentations négatives auxquelles sont sujettes ces personnes. De ce fait, je pense qu'il est important de poser une réflexion sur la distanciation du chercheur et de son étude pour rompre avec le sens commun. « Prendre des distances vis-à-vis de sa démarche personnelle de chercheur, déconstruire les notions du sens commun, [...], s'engager à la fois dans un processus d'objectivation et de questionnement critique » (Paugam, 2012, p.8) sont des aspects nécessaires lors d'un travail de recherche. En effet, le chercheur doit être conscient de l'enjeu et des risques de l'entretien pour les personnes interrogées concernant leur devenir ; dans le cas de la personne migrante, il peut s'agir des enjeux et espoirs liés au fait de témoigner comme possibilité d'améliorer leur devenir mais aussi à l'inverse les risques liés à l'insécurité notamment administrative. De ce fait, il a été important pour moi, en tant que chercheuse de commencer par poser le cadre de l'entretien par une demande de consentement libre et éclairé ainsi que l'explicitation des possibilités pour la personne de s'abstenir si elle ne souhaite pas répondre à une question (OMS, 2003). De même, en tant que lecteur, il est nécessaire de se libérer de ses représentations préalables concernant le sujet d'étude.

La dimension éthique est importante car toute étude peut « faire remonter à la mémoire des souvenirs douloureux [aux personnes ayant vécu une migration forcée]. D'autre part, le chercheur peut être mis devant des situations d'abus ou de maltraitance, ou plus simplement des conditions de vie ou des situations psychologiques très difficiles » (Lefèvre et Nourry, 2006). Ainsi, il a été important pour moi de prendre en compte, lors de l'entretien, le risque consistant à faire remonter des souvenirs douloureux à la personne et être vigilant à ses possibles réactions pour ne pas aller trop loin dans le questionnement.

## **2. Méthode de recherche**

Il existe deux méthodes de recherche : la méthode quantitative et la méthode qualitative. Dans ce travail d'initiation à la recherche, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative afin d'objectiver

au mieux les données collectées. En effet, cela permet de s'intéresser aux parcours de vie ainsi qu'au psychisme des personnes interrogées en entretien et de les confronter à la littérature scientifique afin d'analyser les données précisément, de manière à pouvoir rendre ces données recevables académiquement. « Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux » (Aubin-Auger et al., 2008). Mon choix s'explique aussi par ma volonté de m'intéresser aux discours des personnes interrogées sur le sujet, encore peu démocratisés en France. En effet, la méthode qualitative permet de faire émerger les compétences professionnelles des interrogés. En tant qu'ergothérapeute, cela permet de pouvoir se distinguer au niveau des compétences ainsi que de prendre connaissance des besoins qui ne sont pas encore satisfaits dans les accompagnements. Cette approche permet d'accéder à des explications détaillées de la part des personnes interrogées ce qui favorise l'étalement du sujet de recherche (Kohn et Christiaens, 2014).

Cette méthode se scinde en deux approches : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. L'approche inductive consiste en une alternance de recueils de données de terrain et d'apports théoriques. La recherche se construit donc au fur et à mesure de l'enquête de terrain et est enrichie par des sources scientifiques. L'approche hypothético-déductive, quant à elle, consiste à poser des hypothèses de recherche suite à la construction d'une problématique découlant elle-même de données théoriques, le cadre conceptuel. Ces hypothèses doivent ensuite être vérifiées grâce à l'enquête de terrain (Lavarde, 2008). Maintenant ces deux approches explicitées, je vais présenter les choix qui ont été faits pour cette recherche.

### **3. Phase exploratoire**

Dans un premier temps, une phase exploratoire a été réalisée par l'approche inductive. En effet, en raison de ma non-connaissance du terrain et de la réalité de vie des personnes migrantes, il était important que je puisse m'en imprégner pour pouvoir poser au mieux le cadre conceptuel. Ainsi, un entretien exploratoire auprès d'une psychologue clinicienne et thérapeute communautaire au mois de décembre 2020 a permis l'enrichissement du cadre conceptuel sur des données non présentes dans la littérature ainsi que sur la compréhension de la réalité du terrain. De plus, cette phase exploratoire m'a paru pertinente du fait du petit nombre d'ergothérapeutes exerçant auprès de ce public.

#### **4. Choix de l'approche**

Pour la suite de la recherche, les avantages et inconvénients de chacune des deux approches ont été considérées. L'approche inductive n'a pas été retenue après la phase exploratoire en raison de la situation sanitaire actuelle car il est difficile de pouvoir se rendre régulièrement sur le terrain. Ainsi, l'approche hypothético-déductive permet de faire émerger des questions grâce à la théorie (Lavarde, 2008) ce qui est important car le sujet impose d'avoir des connaissances préalables afin de ne pas risquer d'avoir une approche ethnocentrique, c'est-à-dire une approche fondée sur ma propre culture. De plus, cette approche permet de structurer le cadre au regard d'un sujet qui est peu développé et encore tabou en France. Ainsi, c'est cette approche qui a été retenue pour la suite de la recherche. Dans ce travail de recherche, il s'agira de vérifier les deux hypothèses suivantes :

- 1) L'ergothérapeute peut accompagner les personnes ayant vécu une migration forcée dans le réinvestissement de leurs habiletés occupationnelles.
- 2) En intervenant sur les déterminants de santé individuels et contextuels, l'ergothérapeute peut agir sur l'intégration des personnes ayant vécu une migration forcée.

#### **5. Population cible**

Des entretiens auprès de personnes ayant vécu une migration forcée, auprès de travailleurs sociaux ainsi que d'ergothérapeutes ont été réalisés. Le choix de présenter les enquêtés dans cet ordre s'explique par ma volonté de d'abord recueillir le vécu des personnes immigrées, puis d'obtenir des notions de ce qui est déjà réalisé au quotidien comme accompagnement par les travailleurs sociaux et enfin, de pouvoir identifier les actions pouvant relever de l'ergothérapie.

##### **a. Personnes ayant vécu une migration forcée**

Des entretiens auprès de personnes ayant vécu une migration forcée ont été réalisés dans l'objectif d'obtenir des récits de vie, des ressentis, l'expression de difficultés mais aussi de réussites. Ces individus doivent être majeures, avoir quitté leur pays d'origine sous la contrainte ou pour leur survie (migration forcée). De plus, elles doivent être en France depuis plusieurs années et parler français. Pour finir, elles doivent être en lien avec une association afin qu'elles puissent avoir un accompagnement après l'entretien si elles en ont besoin. Toutes les personnes interrogées font donc partie d'une association qui accompagne les personnes migrantes dans l'accès au logement ainsi que dans leurs démarches administratives.

Le choix de la forme de l'entretien a été laissé libre aux personnes interrogées. Toutes sans exception ont préféré un appel vocal plutôt qu'un appel visioconférence. Il est possible que cela soit moins intimidant pour elles. En effet, un appel vocal ne permet pas d'être physiquement reconnu. À noter qu'à la fin de l'entretien, certains m'ont demandé si j'allais montrer cet entretien à la police : cela confirme une possible peur de l'appel visioconférence.

La correspondance préalable à l'entretien ainsi que le début de l'entretien ont pour objectif de créer un climat de confiance propice aux questions qui suivent. De plus, ayant eu les contacts de ces personnes grâce à une connaissance proche d'elles, il a été plus simple de commencer un dialogue en confiance, nécessaire à la réalisation des entretiens. En effet, les personnes ne se sont pas seulement livrées à une étudiante chercheuse, mais aussi à une personne recommandée par quelqu'un qu'ils connaissaient.

### **b. Travailleurs sociaux**

L'intégration de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés et assistants sociaux) dans les personnes interrogées a été motivée par le fait qu'ils côtoient au quotidien la population étudiée. Ils sont donc à même de répondre à des questions sur la vie quotidienne et les activités déjà en place. Ces professionnels doivent travailler au quotidien avec les personnes ayant vécu une migration forcée. Ayant contacté les travailleurs sociaux préalablement par courriel, il est possible qu'ils aient des connaissances préalables sur le métier d'ergothérapeute et que cela ait influencé leurs réponses.

Les travailleurs sociaux peuvent développer des pratiques ergothérapeutiques sans les nommer comme telles. Ainsi, cela peut permettre d'apporter une vision supplémentaire sur ce qu'il existe comme accompagnement et ce qu'il est possible de réaliser.

### **c. Ergothérapeutes**

Des ergothérapeutes diplômés d'état travaillant ou ayant déjà travaillé auprès de la population migrante ont été interrogés dans le but d'apporter des clés pour répondre à la problématique. Ces professionnels doivent travailler ou avoir travaillé au quotidien auprès de cette population quelle que soit la structure ou les lieux dans lesquels ils interviennent. Le contact des ergothérapeutes a été trouvé via des groupes de travail autour du thème de l'ergothérapie sociale en France et à l'international.

#### **d. Critères de non-inclusion**

Les critères de non-inclusion pour ce mémoire d'initiation à la recherche sont toutes les personnes migrantes qui n'ont pas vécu une migration forcée ainsi que toutes les personnes mineures ayant vécu une migration forcée. Pour rappel, une migration forcée correspond au déplacement d'une personne hors de son pays d'origine car sa vie y était mise en danger. Les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux ne travaillant pas auprès de la population cible ne seront pas inclus.

### **6. Technique de recueil de données**

Le recueil de données s'est divisé en deux temps. Le premier temps correspond à la phase exploratoire réalisée en décembre 2020 qui a permis d'affiner la question de départ et de compléter les données théoriques du cadre conceptuel. Le second recueil de données consiste à récolter des données spécifiques permettant de répondre à la problématique et de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche formulées.

Concernant les techniques de recueil de données utilisées pour la recherche, des entretiens semi-directifs sont réalisés. Cette technique semble la plus pertinente pour rendre compte du vécu subjectif des personnes migrantes, appréhender les troubles dont souffrent les personnes ayant vécu une migration forcée, ainsi que connaître les prises en soin déjà existantes. En effet, cette technique permet de lier les idées de la personne interrogée les unes aux autres et assure une liberté d'expression lors des réponses. Elle favorise aussi une relation plus symétrique dans l'échange et permet d'ouvrir à la discussion. Cette technique laisse la possibilité de rebondir sur les propos de l'interrogé et permet de développer les thèmes abordés en fonction des réponses de l'interrogé (Kohn & Christiaens, 2014). Carl Rogers (1980), thérapeute fondateur de l'approche humaniste centrée sur la personne, a développé l'approche non directive et semi-directive dans la relation d'aide. Comme il le démontre, l'entretien doit permettre à l'interrogé de s'exprimer librement dans l'ordre des thèmes qu'il souhaite et le chercheur, lui, s'efforce d'approfondir les éléments évoqués par l'interrogé (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 61). De plus, cette technique assure au chercheur que l'interviewé communique sur des sujets précis et puisse approfondir sa pensée librement (Giroux, Tremblay, 2002) ce qui s'oppose avec une technique de recueil de donnée directive tel que le questionnaire. Ainsi, l'entretien « ne s'adresse qu'à quelques participants et diffère de l'un à l'autre, et permet de faire ressortir la vision subjective » (Giroux & Tremblay, 2002).

## **7. Outils de recueil de données empiriques**

La technique utilisée est l'entretien semi-directif. Cette technique implique la création de guides d'entretien. Deux guides d'entretiens différents ont été construits : le premier à destination des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux afin que le vocabulaire utilisé et les questions soient adaptés au personnel soignant et socio-éducatif (guide A, annexe VII) ; et un second guide à destination des personnes ayant vécu une migration (guide B, annexe VIII).

Les deux guides aborderont les mêmes thèmes mais avec deux points de vue différents : celui du vécu et de l'expérience de la migration pour les personnes qui ont vécu une migration forcée et celui de l'accompagnement pour les professionnels de santé. Les thèmes abordés dans les deux guides d'entretien sont : le vécu de la population migrante, la vie quotidienne, les besoins en santé, la prise en soin avec la notion de temporalité, les déterminants de santé, le contexte environnemental et la projection dans l'avenir.

Le guide B, celui des personnes ayant vécu une migration forcée, comportera des questions ouvertes favorisant le dialogue qui permettront de relater l'expérience de vie subjective des personnes interrogées. Ces deux guides répondent à des indicateurs qui peuvent être identiques ou différents en fonction des questions. Ces indicateurs ont pour but de pouvoir ensuite répondre aux hypothèses. Je les ai ainsi déterminés pour chaque thème en me demandant quels éléments je cherche à obtenir en posant chacune des questions. Avoir prédéterminé ces indicateurs m'a aussi permis de faciliter l'analyse, dont la technique sera expliquée ci-dessous. Le guide d'entretien permet de cibler les informations que le chercheur souhaite obtenir mais il n'est pas une restriction, c'est-à-dire qu'il est possible de s'en éloigner en fonction des réponses de la personne interrogée.

## **8. Techniques d'analyse**

Dans un premier temps, préalablement à la réalisation des entretiens, une grille de résultats (annexe IX) avec les indicateurs recherchés dans chaque question a été réalisée. La présence de ces indicateurs dans les réponses des personnes interrogées permettra de valider ou d'invalider les hypothèses par la suite. Les indicateurs sont donc recherchés dans le discours de chaque personne interrogée, pour permettre d'apporter un comparatif entre chaque entretien. Ce comparatif permet ensuite de conduire à une analyse des résultats qui permettra la validation ou l'invalidation des hypothèses et de nuancer les résultats. La grille de résultats reprend ainsi chaque thème abordé pendant les entretiens avec les indicateurs retrouvés dans chaque discours.

Les entretiens ont été enregistrés afin de faciliter la réalisation des retranscriptions selon « la solution moyenne » afin d’obtenir un discours « maniable, économique, et point trop infidèle » (Lejeune, 1980).

L’analyse de contenu « offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d’entretiens semi-directifs » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.207). Deux types d’analyses de contenu différentes ont été utilisés. Une première analyse « entretien par entretien », soit analyse verticale (annexes X à XX), est réalisée afin de comprendre le sens singulier du discours de chaque personne interrogée (Blanchet et Gotman, 1992). Une seconde analyse a été ensuite réalisée dans l’objectif de « mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir des éléments constitutifs du discours » (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.208) c’est-à-dire, une analyse de contenu thématique, aussi appelée analyse horizontale (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.208).

## V. Présentation et analyse des résultats

### 1. Présentation des personnes qui ont passé un entretien semi-directif

#### a. Personnes ayant vécu une migration forcée

1 <sup>ère</sup> personne P1	Homme de 23 ans. Originaire de Kirghizstan. Depuis 2 ans en France. Appartient à la communauté Ouïghour. Est arrivé seul en France.
2 <sup>ème</sup> personne P2	Homme de 27 ans. Originaire de Guinée. Depuis 2 ans et demi en France. Est arrivé seul mais avait sa compagne en France.
3 <sup>ème</sup> personne P3	Femme de 25 ans. Originaire de Sierra Leone. Depuis 6 ans en France. Ne connaissait personne en arrivant.
4 <sup>ème</sup> personne P4	Homme de 22 ans. Originaire d’Égypte. Depuis 4 ans en France. S’était fait un ami de voyage qu’il a retrouvé en arrivant en France.

#### b. Travailleurs sociaux

1 <sup>ère</sup> personne TS1	Éducateur spécialisé depuis 9 ans. Travaille dans une association qui accompagne des demandeurs d’asile en procédure Dublin.
2 <sup>ème</sup> personne TS2	Assistante sociale depuis 12 ans. Travaille dans un centre d’hébergement pour demandeurs d’asile ayant été déboutés.
3 <sup>ème</sup> personne TS3	Intervenante juridique. Travaille dans une association qui accompagne des demandeurs d’asile en procédure Dublin.
4 <sup>ème</sup> personne TS4	Éducatrice spécialisée. Travaille dans un foyer d’accueil pour jeunes travailleurs. Chargée d’accompagnement social et gestion locative. Accompagne des personnes issues de l’immigration.

### c. Ergothérapeutes

1 <sup>ère</sup> personne E1	Ergothérapeute, travaille depuis 10 ans auprès de ce public, aujourd'hui dans les camps de réfugiés en Grèce.
2 <sup>ème</sup> personne E2	Ergothérapeute depuis 30 ans. Est intervenue pendant 6 mois dans un CADA accueillant des familles via un projet pour faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile.
3 <sup>ème</sup> personne E3	Ergothérapeute depuis 1993. Accompagne depuis 2 ans des hommes demandeurs d'asile en CADA initialement via un projet pour faciliter l'accès aux soins des demandeurs d'asile.

## 2. Récits de vie

Avant de débiter l'analyse des résultats, il me paraît important de resituer le parcours de vie des personnes ayant vécu une migration forcée qui ont accepté de participer à ma recherche via les entretiens semi-directifs. En effet, leur discours est dépendant de ce parcours de vie qu'il est primordial de connaître.

P1 est un homme de 23 ans originaire du Kirghizstan, pays à la frontière de la Chine. Sa langue maternelle est le russe. Il a dû quitter son pays à cause des persécutions qu'il y subissait. De ce fait, il est parti et est arrivé en Pologne. En Pologne, il a travaillé « au noir » mais ne pouvait pas obtenir l'asile. Il a alors payé un chauffeur poids lourd qui l'a amené en France, pays où il se trouve depuis deux ans. Il ne parlait ni français ni anglais en arrivant et devait appeler le numéro des urgences sociales tous les soirs pour trouver un endroit où dormir lorsqu'il y avait de la place dans les centres d'hébergement sinon il dormait dans la rue. Il est resté cinq ans dans la rue, devant survivre avant d'être accompagné par des associations. P1 n'a pas encore de titre de séjour.

P2 est un homme de 27 ans originaire de Guinée. Il était journaliste et a écrit un article sur un événement politique dramatique qui s'est déroulé en 2009 lorsqu'il était encore adolescent dans son pays. Suite à cet article, sa famille et lui ont été menacés par les forces de l'ordre. « Ce n'était pas une décision, j'ai dû quitter la Guinée » pour rester en vie. Il a mis quatre mois à réaliser le voyage à pied en passant par de nombreux pays jusqu'à arriver en France, pays où il est depuis deux ans et demi. P2 explique avoir choisi de venir en France parce que sa compagne y réside mais aussi parce qu'il est francophile et que la France est considérée comme « l'un des pays fondateurs des droits de l'homme dans le monde et je me suis dit qu'ici je m'en sortirai ». Ainsi, il a directement rejoint sa compagne et a été aidé par les associations qui aidaient déjà sa compagne avant son arrivée. P2 n'a pas encore de titre de séjour.

P3 est une femme de 25 ans, originaire de Sierra Leone. Sa langue maternelle est le fula. Elle est arrivée en France il y a six ans par avion. Elle a perdu ses parents lors de la guerre et avait des problèmes en Afrique qu'elle n'a pas été en mesure de m'expliquer, c'est son frère qui a fait le choix de lui faire quitter le pays. Elle est restée quatre mois dans la rue avant d'être hébergée en CADA et d'être accompagnée par des associations. Elle a obtenu une carte de séjour d'un an qu'elle doit renouveler chaque année.

P4 est un homme de 22 ans, arrivé en France il y a quatre ans. Il est originaire d'Égypte et travaillait en Lybie. Il est arrivé par bateau en Italie à ses 17 ans. Il est resté un mois dans la rue avant d'être hébergé dans un foyer et d'être accompagné par des bénévoles. Il ne parlait pas du tout français à son arrivée. Il possède aujourd'hui une carte de séjour de dix ans. Il possède aujourd'hui sa propre entreprise dans le bâtiment.

Ce résumé des récits de vie nous a permis de contextualiser les discours de chaque personne, nous allons maintenant aborder le thème des besoins en santé.

### **3. Les besoins en santé**

#### **a. Prérequis à la santé**

##### ❖ Le logement

Nous avons vu que le logement était un prérequis à la santé selon la charte d'Ottawa (OMS, 1948). P1, P3 et P4 abordent le besoin de « trouver un logement » lors de l'arrivée en France. E1 note aussi le besoin fondamental dans la sphère environnementale d'avoir un « hébergement ». TS1 explique que le logement est très difficile, que les personnes « logent chez des statutaires en échange d'argent mais les conditions restent précaires ». Ils peuvent se retrouver à la rue du jour au lendemain.

##### ❖ La compréhension du système français

TS1 évoque le besoin des personnes migrantes d'être accompagnées pour « comprendre le système de soins français ». Les trois ergothérapeutes notent aussi le besoin d'apprendre la « langue du pays », E2 complète ce besoin par l'importance de « l'apprentissage des règles françaises ». P1, P3 et P4 évoquent d'ailleurs aussi le besoin d'apprendre à parler français. L'apprentissage du français peut être une stratégie individuelle d'intégration ou au contraire ils peuvent ne pas en voir l'intérêt car ils ne parviennent pas à être dans ce processus (Berry, 1989). Selon E2, les personnes doivent apprendre « la culture française et découvrent leur environnement ». Cela montre que ces individus sont en plein processus d'acculturation

puisque'ils doivent concilier leur culture d'origine avec l'apprentissage de la culture française afin de favoriser leur intégration.

Ces éléments mettent en avant les besoins des personnes dans les « éléments de l'environnement » (Fisher et Marterella, 2019). De plus, selon la Charte d'Ottawa, sans abri, une santé satisfaisante n'est pas atteignable (OMS, 1948). Ainsi, l'ergothérapeute peut intervenir pour favoriser la pérennisation du logement ainsi que pour la compréhension du système français.

### **b. Besoins en santé physique et mentale**

P1, P2, P3 notent des problèmes de santé physique soit liés au changement de climat, soit liés à la difficulté du parcours migratoire ou à la vie dans la rue. P3 exprime par exemple la difficulté de trouver le sommeil en raison de pensées omniprésentes la nuit, surtout juste après l'arrivée en France. TS1 et TS2 explique qu'il y a besoin de « soins physiques et mentaux », TS3 et TS4 complètent avec le besoin d'avoir un « soutien psychologique ». E1, E2 et E3 évoquent aussi le fait que les personnes qu'ils accompagnent ont besoin d'un « soutien psychologique » afin, selon E3, « d'accompagner le traumatisme et ses reviviscences ». Néanmoins, aucune des personnes ayant vécu une migration forcée interrogées n'évoque un besoin de soutien psychologique.

Si nous appliquons ici le Modèle Transactionnel de l'Occupation, les « éléments du client », constitués des « fonctions corporelles » ainsi que des « facteurs personnels » (Fisher et Marterella, 2019), ne sont pas favorables, ce qui ne permet pas la réalisation de toutes les occupations. Ainsi, ces discours montrent l'importance d'un suivi en santé pour soutenir la santé physique et la santé mentale. L'ergothérapeute peut s'inscrire dans ce soutien en mettant en œuvre des activités thérapeutiques favorisant la possibilité d'expression par l'intermédiaire d'une médiation mais aussi afin de permettre une rééducation physique lorsque cela est nécessaire. L'activité pourra être abordée comme support de l'équilibre occupationnel, ce qui sera abordé plus tard.

### **c. Besoins occupationnels**

En tant qu'ergothérapeute, la description des situations occupationnelles des personnes migrantes rencontrées est importante. En effet, leur situation occupationnelle est directement liée à leur santé. Nous allons aborder l'analyse des besoins occupationnels en les classant selon trois catégories : les activités de productivité, les soins personnels et les loisirs.

Sur le plan des activités de productivité, P1 souhaitait aller à l'université mais son niveau de français n'était pas assez bon. P2 évoque le besoin d'être accompagné pour trouver des activités car il a eu « beaucoup de mal à trouver un endroit où s'investir comme la protection civile ». P3 note le besoin d'être accompagné pour « trouver un travail stable ». P4 se remémore son besoin primordial de travailler avant d'y avoir accès. E1, E2 et E3 notent aussi l'importance d'un accompagnement à « l'intégration socio-professionnelle ». E2 évoque les difficultés d'accès au travail notamment à cause de « l'absence de qualification » ainsi que par les « délits de faciès » lorsque les personnes ont une autorisation de travail.

TS2 note le besoin de « leur redonner les moyens de prise de pouvoir sur leur vie ». TS2 et TS3 expriment la nécessité d'accompagner la gestion de l'attente car selon TS3, la demande d'asile est « un enchaînement d'attente et de refus ».

Sur le plan des soins personnels, E2 aborde aussi la nécessité « d'être accompagné dans les actes du quotidien en raison des nombreux nouveaux apprentissages qui prennent du temps ». E3 évoque le besoin d'être guidé dans les actes de survie tels que « trouver de la nourriture ».

Enfin, sur le plan des loisirs, seul E2 précise qu'il y a un « réel besoin d'amusement ».

Pour finir, E1 aborde la nécessité d'un « travail sur les injustices sociales et les droits de l'homme ».

En d'autres termes, les besoins en santé exprimés se réfèrent à toutes les sphères du modèle transactionnel de l'occupation (Fisher & Marterella, 2019). En effet, des éléments de cause à effet existent entre chaque catégorie. Ainsi, lorsque la santé physique et psychique est altérée, une répercussion sur les possibilités occupationnelles de l'individu se fait ressentir. Inversement, la non-satisfaction des besoins occupationnels engendre certainement des problèmes de santé mentale. Associé aux limitations occupationnelles causées par les éléments géopolitiques, socioculturels, économiques et environnementaux, cela entrave les possibilités d'expériences occupationnelles et donc de participation occupationnelle des personnes étant dans cette situation. Ceci met alors en lumière la présence d'injustices occupationnelles, notamment sur le plan des activités de productivité.

#### **4. Les déterminants de santé**

Nous avons vu qu'il existe des déterminants de santé individuels et contextuels, mais est-il possible d'intervenir dessus ? Nous allons analyser les discours au regard du cadre conceptuel.

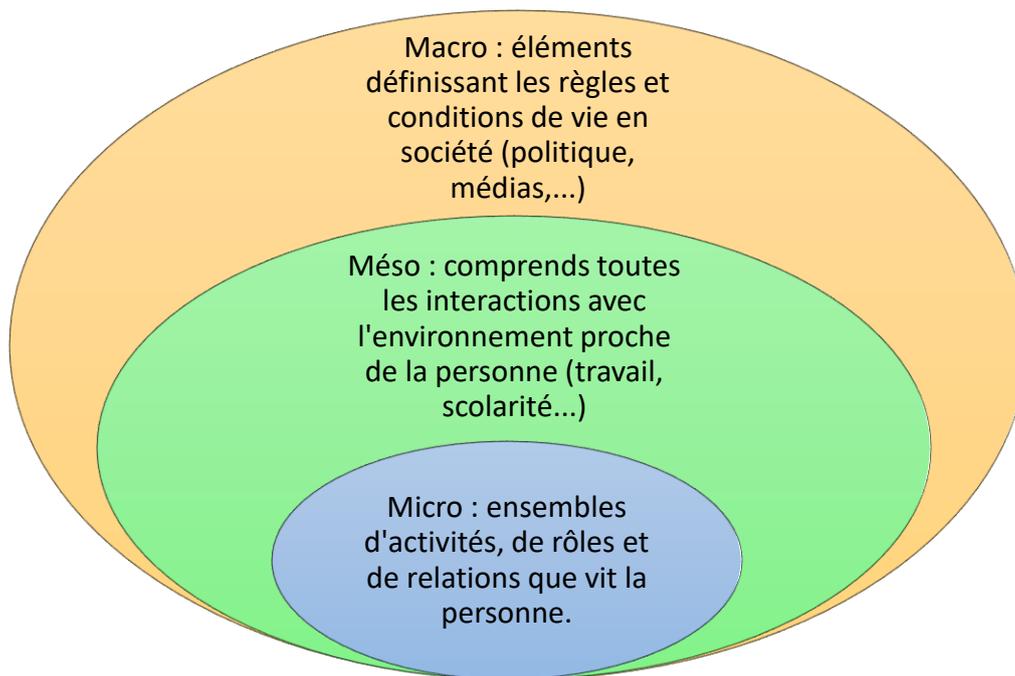
Du point de vue du contexte, P1 exprime que pour lui, « en France ils parlent beaucoup de liberté mais en réalité il y a beaucoup d'interdictions, et de contrôle de police ». P2 aborde le fait qu'« avoir un préjugé sur quelqu'un qu'on ne connaît pas c'est en France que je l'ai découvert. Il y a beaucoup de préjugés, de méfiance et ça fait très mal. Tu es obligé de réfléchir à pourquoi ils pensent ça ». Cependant, P2 contraste cela avec son étonnement vis-à-vis du nombre important « d'associations qui accompagnent les migrants et ceux qui sont dans la précarité ». P3 évoque le fait qu'en France ce n'est pas comme « en Afrique où il y a de la corruption, les gens sont accueillants ».

TS1 et TS3 s'accordent à dire qu'il y a peu de dispositifs d'aide pour les demandeurs d'asile car « beaucoup de dispositifs nécessitent une autorisation de travail qui est presque impossible à obtenir ». TS4 complète cela par le fait que la « politique de régularisation en France complique l'intégration ce qui renforce l'importance de mener des actions d'information ». E1 explique que « les politiciens et la politique influencent à tous les niveaux l'intégration. C'est la raison pour laquelle nous avons cette vocation, afin d'assurer que les droits des personnes sont respectés ». Selon lui, l'intégration dépend de la stratégie des gouvernements, c'est-à-dire comment ils facilitent ou créent des obstacles dans la procédure d'asile par exemple. Cela dépend aussi des communications « des médias de masse » sur les personnes immigrées. TS2 aborde le fait que « la résistance politique est quotidienne. Tous les éléments qui permettent aux gens de tenir bon et de continuer de se battre sont une forme de résistance ». Selon TS2, « nous n'avons pas les moyens que les personnes migrantes arrêtent de subir les agressions politiques mais « on peut leur permettre de le vivre mieux, avec plus de force et de soutien. Rien que ça, c'est de l'action politique ». TS1 et TS2 évoquent le fait que le recul de la CMU complique les soins. TS1 remarque que les interventions ponctuelles d'associations sont un élément facilitateur du quotidien.

E2 évoque qu'il y a vraiment la « peur de la différence, de l'autre, rapporté au contexte économique ». E3 aborde le fait qu'en France « il n'y a pas la culture du métissage ».

« Je suis né à une époque où les murs tombaient et aujourd'hui les murs se reconstruisent. À l'époque c'était les slogans « touche pas à mon pote » qu'on entendait. Aujourd'hui je vois les choses s'effondrer. À chaque élection, la question des migrants devient un enjeu électoral et ils deviennent des pestiférés. C'est une forme d'exclusion qui a des impacts sur la santé et c'est pour cela que je pense que l'ergothérapie a tous ses enjeux » (E3).

Ces différents propos montrent qu'en tant que professionnels du médico-social, il est possible d'intervenir sur certains déterminants de santé. En effet, si nous reprenons le Modèle des déterminants de santé du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (figure 1), en corrélation avec les réponses précédemment citées, nous observons que les professionnels peuvent intervenir sur « l'état de santé de la population », c'est-à-dire sur « la santé globale, la santé physique et la santé mentale et psychosociale » (IREPS, 2015). Selon le modèle de Bronfenbrenner, il existe plusieurs niveaux d'intervention : les micro, méso, et macro systèmes (figure 5, Absil, Vandoorne et Demarteau, n.d.).



*Figure 5 : Les systèmes et leur lien avec l'individu selon Bronfenbrenner*

En agissant en faveur de l'insertion à l'emploi, les professionnels agissent sur « les caractéristiques individuelles » des personnes par le développement des « compétences personnelles et sociales » ainsi que des « caractéristiques socioéconomiques » selon le modèle des déterminants de santé utilisé précédemment (niveau micro). Les actions des professionnels concernant l'intégration professionnelle agissent sur l'aspect méso. Alors que comme E1 l'a mis en évidence, plusieurs personnes à différents niveaux peuvent intervenir sur l'état de santé de la population tels que les politiques et les médias (niveau macro).

## **5. Les occupations**

Nous allons maintenant nous intéresser de manière plus approfondie aux aspects occupationnels, c'est-à-dire à ce qui en tant qu'ergothérapeute est l'objet même de son

intervention. L'analyse des résultats de cette partie suit les trois catégories d'occupations précitées : les soins personnels, les activités productives et les loisirs.

#### **a. Les soins personnels**

E1, E2 et E3 s'accordent à dire que la vie en CADA ou en camps de réfugiés est une « réalité de survie » que ce soit pour la sécurité, pour trouver de la nourriture, ou pour l'hygiène. E2 exprime qu'« après le voyage il y a un long moment de décompression » lors duquel ils prennent possession de leur appartement en CADA. Aucune des personnes ayant vécu une migration forcée interrogées n'aborder la notion du prendre soin de soi.

L'ergothérapeute peut alors avoir pour objectif de développer des accompagnements favorisant la mise en place de réseaux d'aides pour les produits de première nécessité. De plus, il peut aider les personnes pour la prise de repères au quotidien et reprendre les activités du prendre soin qui favorisent la restauration de l'estime de soi (hygiène, présentation de soi, alimentation...).

#### **b. Les activités productives**

Au niveau de l'activité professionnelle, P1 et P2 travaillaient dans leur pays d'origine, mais ne le peuvent plus aujourd'hui en France car ils n'ont « pas encore les papiers » et que de ce fait, ils n'ont pas accès à une formation. Si P1 ne souhaite pas travailler, P2 a commencé à faire du bénévolat pour la Protection Civile ce qui lui fait du bien mais le travail lui manque. P3 travaille dans un centre d'action sociale mais cela reste précaire car à la fin de la pandémie cet emploi ne sera plus ouvert et P4 travaille dans le bâtiment.

TS1 et E3 évoquent que certaines personnes « travaillent au noir » mais en majorité « ils ne font pas grand-chose ». Il y a beaucoup d'« ennui » selon E1 mais une majorité de leur temps est utilisée dans la « lutte pour trouver à manger ». Selon TS2, au quotidien, les personnes « marchent beaucoup pour aller chercher les colis alimentaires et d'hygiène ». TS2 évoque que certains sont « bénévoles en tant que traducteur ou dans les banques alimentaires ». En tant qu'ergothérapeute, nous savons que l'absence d'activité est néfaste sur le plan de la santé. De plus, nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes subissent une forme d'aliénation occupationnelle car ils occupent des postes en dessous de leur qualification.

Selon TS1, ils peuvent avoir « des cours de français si l'association en trouve » et ils ont régulièrement des rendez-vous administratifs, « un rendez-vous peut leur prendre toute la journée pour s'organiser ». L'organisation peut donc être altérée comme le précise TS1 dans

son discours ce qui montre une restriction de la performance occupationnelle au niveau des « éléments de la tâche » ainsi que « des éléments temporels » selon l'OTIPM. TS4, étant en foyer pour jeunes travailleurs, évoque le fait que le quotidien est rythmé par le travail mais « qu'ils n'ont pas réellement eu le choix de ce qu'ils font » ce qui est difficile à vivre pour certains. Cela peut questionner le fait que le droit occupationnel consistant à réaliser des activités qui sont signifiantes n'est pas respecté. Selon le modèle transactionnel de l'occupation issu de l'OTIPM (Fisher & Marterella, 2019), une privation occupationnelle, due à une limitation de l'expérience occupationnelle de la personne au niveau de l'activité professionnelle est présente. En effet, les « éléments socioculturels » et des « éléments géopolitiques » (Fisher & Marterella, 2019) de l'occupation ne sont pas en faveur du travail pour les personnes ayant vécu une migration forcée. Les réglementations de l'Etat français ne permettent pas à ces personnes de travailler tant que l'obtention du droit d'asile n'a pas été prononcée.

E1 et E2 expliquent que les enfants ont « accès à l'école » ce qui permet de rythmer aussi la journée des parents.

Ces éléments mettent en avant les difficultés de structuration du temps que les personnes peuvent rencontrer. Nous pouvons observer que le travail ou l'école permet de rythmer le quotidien et de lui donner un sens. Ainsi, il est possible de faire le lien entre la nécessité de cadencer les journées et le point de vue bénéfique sur la santé. L'occupation est donc nécessaire à la santé des individus.

Ainsi, nous pouvons voir qu'avoir des repères temporels dans une journée est important pour lui donner un sens. Cependant, lorsque les personnes n'ont pas accès à ces repères car elles n'ont pas la possibilité de travailler par exemple, cela pourrait relever des injustices occupationnelles.

### **c. Les loisirs**

Avant la migration, P2 aimait faire du sport, danser et lire. Il trouve qu'il fait « moins de choses en France », qu'il est « devenu paresseux ».

« Depuis deux ans, je suis en train de répéter la même chose. Je dors trop comme quelqu'un qui est à la retraite, je regarde trop la télé. Je ne peux pas faire de formation, c'est ce qui m'a vraiment beaucoup fatigué. Étant donné que je n'ai pas encore été régularisé, je répète les mêmes gestes. J'allais marcher aux mêmes endroits tout le temps. Voilà mes journées mais j'espère que ça va changer. »

Cela montre que P2 est sujet à une privation occupationnelle engendrant une aliénation occupationnelle, c'est-à-dire que comme il ne peut pas réaliser d'activités productives, il ne réalise pas d'activités de loisirs. Ainsi, les occupations qu'il réalise ne lui sont pas significantes.

P3 aime la couture et la cuisine mais n'a pas refait de couture depuis qu'elle est en France. Ainsi, les occupations significantes ne sont pas réinvesties malgré la migration. P1 et P2 participent à des activités organisées par l'association. Selon les termes de P1, « en fait dès que je peux faire quelque chose, je le fais, je ne reste pas chez moi ».

E3 aborde le fait que les personnes ont l'habitude de beaucoup marcher ce qu'elle continue de faire au quotidien. Il explique aussi qu'un élément important au quotidien est le « téléphone portable, qui leur permet de conserver un lien social » avec leur famille. E2 évoque que les activités sont très « genrées », c'est-à-dire que les hommes et les femmes ont chacun leurs activités.

Concernant les « éléments du client » (Fisher & Marterella, 2019), les habitudes de vie existantes dans leur pays d'origine sont modifiées, les activités significantes pour la personne ne sont pas réinvesties. Un déséquilibre occupationnel dû à la majoration d'activités non significantes et au désinvestissement des activités significantes est présent. Ceci correspond à une forme d'aliénation occupationnelle. Cependant, les « éléments sociaux de l'environnement » (Fisher & Marterella, 2019) tels que l'accompagnement par des associations favorisent la participation occupationnelle pour trouver un logement notamment, des cours de français, ou une activité bénévole.

Ces éléments mettent en avant la présence d'injustices occupationnelles autour desquelles l'ergothérapeute peut intervenir dans le but de redonner du pouvoir d'agir aux personnes et de leur permettre de réaliser les occupations qui leur sont significantes.

## **6. Les prises en soins**

TS4, dans sa pratique, répond aux besoins en termes de « logement, de santé, d'emploi, et de situation administrative, l'objectif est de leur apporter de la stabilité ». C'est en analysant chacun de ses points que nous allons aborder chacune des prises en soins possibles. L'OTIPM présente un plan d'intervention mais je fais le choix de ne pas le suivre car il ne s'adapte pas au discours des personnes interrogées. En effet, tant que les besoins fondamentaux ne sont pas acquis, c'est-à-dire selon la Charte d'Ottawa, « la paix, un abri, de la nourriture et un revenu » (OMS, 1986), ces personnes ne sont pas dans une vision qui sépare les activités productives,

les loisirs et les soins personnels. De ce fait, le soin n'est pas possible car le logement n'est pas là, et le loisir n'existe pas vraiment car le travail n'est pas là par exemple.

Nous allons maintenant aborder les prises en soins possibles selon les différents besoins mis en avant précédemment : l'accès au logement, l'accompagnement administratif, les soins médicaux, l'accompagnement dans les activités de vie quotidienne et les activités thérapeutiques.

#### **a. Accès au logement**

P1 et P3 sont accompagnés par une association qui leur a permis de trouver un logement. P2 a directement emménagé chez sa compagne. Et P4 a vécu en foyer puis à la rue, le temps d'obtenir un logement. L'accès au logement est compliqué en raison de l'absence de ressources, mais aussi de connaissances du système français, c'est pourquoi les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux peuvent agir.

#### **b. Statut administratif**

L'association de P1 et P3 leur a permis d'être aidés pour les démarches administratives. P4 a été aidé aussi par une assistante sociale du foyer pour obtenir les papiers. TS3 accompagne les personnes dans les démarches administratives et les aide à « se préparer pour les entretiens notamment à l'OFPRA ». E1 propose aussi des accompagnements pour les démarches administratives et pour que les enfants puissent aller à l'école. Ergothérapeutes et travailleurs sociaux interviennent donc ici sur le même champ mais possiblement pas de la même manière.

#### **c. Soins médicaux**

P3 aborde le fait que dès qu'elle est allée voir un médecin, elle a eu besoin de médicaments pour dormir. Cela met donc en évidence qu'elle a accès à des prises en soins et donc des traitements médicaux.

E2 note l'importance de faire de la « prévention et d'être vigilant face aux situations pouvant amener des décompensations ». E3 rejoint ces points de vue mettant en avant « la vigilance et l'orientation vers des équipes de soins s'il y a une nécessité ».

#### **d. Accompagnement au quotidien**

TS1 et TS2 essaient de permettre aux personnes de suivre des cours de français et de leur faire comprendre l'importance de parler français pour le futur. TS1 accompagne aussi ces personnes lors de rendez-vous médicaux et explique comment prendre les transports en commun. TS2

explique « le fonctionnement de leur environnement », « les droits français », elle accompagne aussi à la parentalité ainsi qu'à l'éducation des enfants par l'école. Pour TS2, l'objectif de son accompagnement est de « leur donner les moyens de prendre du pouvoir sur leur vie ». Cet objectif rejoint celui de permettre le pouvoir d'agir en ergothérapie. Ainsi, ce sont des objectifs qui peuvent être communs entre les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux.

#### **e. Activités thérapeutiques**

Les ergothérapeutes et les travailleurs ont des éléments communs dans l'accompagnement qu'ils réalisent. TS1 propose aussi des sorties « au musée, au château de Versailles, des pique-niques, des tours de vélo dans Paris » et des ateliers pour « l'estime de soi, l'intégration professionnelle ». TS2 anime aussi des ateliers, de la cuisine, des sorties culturelles. TS4 fait également des ateliers et des animations orientées sur « la vie collective de la résidence, l'insertion professionnelle ainsi que des soirées à but de détente ».

E1 essaye d'introduire les loisirs ainsi que des visites culturelles dans le quotidien des personnes, tout comme E2 qui a organisé des « visites culturelles, des rendez-vous à la médiathèque, des sorties à la mer, à la tour Eiffel et des activités manuelles ». E3 met aussi en place des activités tels que des « ateliers de pratique musicale des ateliers théâtre, des sorties culturelles, et des ateliers écriture pendant le confinement ».

Ainsi, les activités culturelles sont des ateliers mis en place aussi bien par des ergothérapeutes que par des travailleurs sociaux. Cependant les objectifs derrière peuvent différer. Les personnes ayant vécu une migration forcée mettent en lumière le fait que les activités qui leur sont proposées leur font du bien. En effet, ils participent dès lors qu'une activité est proposée (P1). L'ergothérapeute a des compétences spécifiques pour accompagner le bien-être par des activités, mais surtout il va viser la structuration du quotidien par des activités qui ont du sens pour la personne. De ce fait, cela montre que l'ergothérapeute a son rôle à jouer dans la mise en place d'activités dans un but de réinvestissement occupationnel.

Ces ateliers peuvent être aussi bien menés par des travailleurs sociaux que par des ergothérapeutes car leurs compétences se chevauchent et se complètent. Ainsi, il est possible de se poser la question : comment différencier les actions ergothérapeutiques de celles des travailleurs sociaux ? L'ergothérapeute est le professionnel s'intéressant aux activités de vie quotidienne et aux activités significatives représentées entre autres par l'activité professionnelle. Le travailleur social quant à lui, est expert dans l'accompagnement quotidien des personnes en

faveur du « développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion » (Légifrance, 2017) mais n'est pas centré sur le lien entre occupations et santé.

Nous pouvons faire le constat que les actions des travailleurs sociaux sont plutôt axées sur l'accès aux droits et au travail tandis que les ergothérapeutes accompagnent plutôt sur le bien-être en se centrant sur l'activité. Néanmoins, il est possible d'imaginer que l'ergothérapeute pourrait davantage développer des interventions sur le réinvestissement des rôles sociaux ainsi que le développement de l'activité professionnelle.

## **7. La projection dans l'avenir**

Les discours des personnes interrogées peuvent être différenciés en fonction du réalisme ou non de la manière dont il se projette dans l'avenir.

### **a. Les projections réalistes**

P2, qui a fait des études poussées, est conscient que devenir journaliste en France est compliqué, il a essayé et a publié trois articles avec la presse de la Manche mais il aimait parler de politique et d'économie dans son pays ce qu'il ne peut pas faire en France car ce sont des systèmes différents. « J'envisage d'aller ailleurs si je trouve une possibilité de faire autre chose, peut-être devenir pompier, ambulancier ou infirmier, aller vers le monde médical ». P2 poursuit avec « si tu étais magicienne, je te demanderais les papiers et un travail ». P3 souhaite « travailler, gagner beaucoup de sous, [se] marier et avoir des enfants », tandis que P4 a la volonté « d'étudier l'immobilier et de gagner encore plus d'argent ». E3, tout comme P2, P3 et P4, exprime aussi le fait qu'une des projections principales est le travail. De plus, selon TS2, beaucoup de personnes disent : « pour moi je ne me projette pas mais pour mes enfants ça ira ».

Ainsi, nous pouvons observer à travers ces discours que la question de l'espoir, notamment exprimée par P2, est importante. C'est l'espoir d'une vie meilleure même s'il peut y avoir un écart avec la réalité des possibles pour le moment. Néanmoins, malgré le fait que certains éléments soient réalistes, d'autres peuvent ne pas l'être.

### **b. Les difficultés pour se projeter**

P1 exprime le souhait de faire une carrière sportive dans les arts martiaux mixtes (MMA) et explique :

« J'ai été 5 ans dans la rue en survivant, tout ce que je cherche c'est l'argent. Je veux juste être un champion de sport au niveau mondial pour avoir de la liberté comme les oiseaux pour pouvoir faire tout ce que je veux. »

Ces propos questionnent sur le rapport à la réalité. En effet, le MMA est une discipline sportive dont les compétitions étaient encore interdites en France il y a moins d'un an en raison du caractère violent du sport. Cette interdiction a été levée en janvier 2020. Ainsi, cette ambition peut questionner le réalisme du projet. Néanmoins, après la réalité de la survie, l'espoir de réaliser ses rêves est présent.

TS2 confirme que certains ont beaucoup de projets qui ne sont pas forcément réalistes et que d'autres n'ont à l'inverse aucun projet. TS3 donne l'exemple que des projets sont formulés mais que les personnes ont du mal à les matérialiser en raison de l'incertitude de leur situation puisqu'en effet, selon TS1, il y a « d'abord besoin de stabilité avant de se projeter ». De plus, TS4 a remarqué aussi qu'il y avait des difficultés à se projeter à l'issue des 24 mois de séjour dans la résidence pour jeunes travailleurs. Néanmoins, E2 explique que la projection dans l'avenir peut être compliquée mais que les personnes arrivent à formuler des demandes à plus court terme notamment concernant « le sommeil, des jeux pour les enfants, ou encore la visite de la tour Eiffel c'était à leur demande ».

De ce fait, nous pouvons supposer que ce sont des personnes qui expriment des difficultés à comprendre la réalité dans laquelle elles vivent mais surtout à se projeter dans cette réalité. En effet, ces réponses mettent en avant le fait que le futur est difficile à imaginer et que cela impacte la manière dont les personnes organisent leur vie. Par exemple, lorsque les personnes ne sont pas sûres d'obtenir les papiers, certaines refusent d'apprendre la langue française alors que cela est primordial pour ensuite s'insérer à la société. Ainsi, l'accompagnement dans le réinvestissement des habiletés occupationnelles peut passer par le travail sur la projection dans l'avenir et vice versa. La projection dans l'avenir peut être facilitée par le fait de retrouver un équilibre occupationnel. Ainsi, ces propos montrent qu'il y aurait un besoin d'accompagnement ergothérapeutique en santé mentale sur l'accompagnement au réel afin d'utiliser l'occupation comme moyen pour structurer le quotidien et permettre la projection réaliste dans l'avenir.

## **8. Validation des hypothèses**

Suite à l'analyse des résultats, nous allons maintenant pouvoir valider ou réfuter les hypothèses. La première hypothèse était la suivante : l'ergothérapeute peut accompagner les personnes ayant vécu une migration forcée dans le réinvestissement des activités occupationnelles. Les entretiens ont montré un besoin de la part des personnes ayant vécu une migration forcée d'être accompagnées pour trouver un logement et organiser leur quotidien dans un premier temps mais aussi pour trouver un emploi ou une activité productive tel que du bénévolat. Les travailleurs

sociaux réalisent ainsi déjà des accompagnements dans ces objectifs, cependant, l'ergothérapeute, selon ses compétences, peut aussi avoir un rôle pour permettre d'aboutir à ces objectifs. Les entretiens auprès des ergothérapeutes ont pu ainsi confirmer cela en démontrant que la réalisation de ce type d'atelier est bénéfique pour la population étudiée. En effet, selon les ergothérapeutes interrogés, en intervenant sur les trois domaines d'activité : les loisirs, les activités productives et les soins personnels, cela peut favoriser l'équilibre occupationnel des personnes. De ce fait, la première hypothèse est validée.

Ma seconde hypothèse était la suivante : en intervenant sur les déterminants de santé, l'ergothérapeute peut agir sur l'intégration des personnes ayant vécu une migration forcée. En analysant les réponses en fonction du Modèle des déterminants de santé du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (figure 1), nous avons démontré que les professionnels interviennent sur les déterminants de santé individuels. Cependant, ils n'interviennent pas à tous les niveaux des déterminants de santé, puisque cela se restreint aux aptitudes de développement individuelles telles que l'apprentissage de la culture, de la langue du pays ou encore le travail de l'estime de soi. Les professionnels peuvent donc avoir des actions sur certains déterminants de santé au niveau contextuels comme le cadre de vie ou encore le statut social mais ne peuvent pas en avoir sur la politique sociale du pays par exemple. Ainsi, la seconde hypothèse est à pondérer puisque peu d'ergothérapeutes travaillent auprès de cette population et qu'ils agissent sur certains déterminants de santé mais pas sur tous. Cette seconde hypothèse est invalidée.

## **VI. Discussion**

### **1. Les niveaux d'intervention micro, méso, macro de Bronfenbrenner**

#### **1.1 Le niveau « micro »**

Les entretiens ont mis en évidence la possibilité pour l'ergothérapeute d'intervenir sur les dimensions individuelles des déterminants de santé, c'est-à-dire sur le niveau micro. A cet échelon, l'ergothérapeute développe ainsi majoritairement des « compétences personnelles des personnes migrantes » (André, 2020). D'autres propositions d'accompagnement tels que le *job-coaching* ont pu être étudiées par des auteurs dans le but de favoriser l'intégration des personnes sur le marché du travail (Roos et al., 2018). Cette technique consiste à accompagner les personnes dans la compréhension de fonctionnement du marché du travail dans le pays ou encore des règles sociales qui y sont associées. Selon André (2020), c'est une technique que les ergothérapeutes pourraient porter en France.

### **1.2 Le niveau « méso »**

Lors des entretiens, il a pu être démontré que l'ergothérapeute peut intervenir au niveau « méso » mais que les interventions sont peu développées. En décembre 2020, André, ergothérapeute, a mis en évidence le rôle de l'ergothérapeute dans la création, par exemple, d'une organisation dans la communauté pour donner accès au travail aux femmes migrantes. Ce type de projet nécessite l'implication de beaucoup de personnes de la communauté car c'est tout une organisation qui est modifiée. Ceci est ainsi un exemple de possibilité d'intervention ergothérapique pour développer le niveau « méso » pour favoriser l'intégration des personnes migrantes dans la société par le biais du travail. Néanmoins, en travaillant sur l'accès au logement, les travailleurs sociaux interrogés agissent déjà à ce niveau, de ce fait, il est possible de se questionner si les ergothérapeutes pourraient le faire aussi et ainsi intervenir sur la qualité de vie dans les lieux d'hébergements. Par conséquent, une recherche sur ce niveau d'intervention serait alors pertinente pour faire suite à celle-ci.

### **1.3 Le niveau macro**

Les résultats de cette recherche n'ont pas pu démontrer l'implication de l'ergothérapeute quant à son intervention sur les déterminants de santé à un niveau « macro ». En effet, aucun ergothérapeute n'a mentionné d'intervention visant à agir à cet échelon. Cependant, les injustices occupationnelles peuvent être issues des décisions politiques du pays. En effet, le non-accès à un emploi par exemple en raison de la situation administrative de la personne ou le fait qu'un employeur doit payer une taxe s'il souhaite embaucher un étranger (article L311-15 du Code l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) sont des freins à l'accès à l'emploi des personnes migrantes. Cela conduit à une privation occupationnelle. Ainsi, « une approche sociopolitique de la profession est nécessaire afin d'accompagner les décideurs à lutter contre les injustices occupationnelles » (André, 2020).

## **2. Limites de la recherche**

Cette recherche comporte plusieurs limites qu'il est possible d'identifier. Tout d'abord, nous pouvons constater que les entretiens auprès d'ergothérapeutes pour étayer cette recherche sont au nombre de trois. La taille de cet échantillon est limitée ce qui implique que la généralisation des résultats obtenus n'est pas envisageable. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il existe un nombre restreint d'ergothérapeutes exerçant auprès de personnes ayant vécu une migration forcée. En effet, l'ergothérapie sociale est peu développée à ce jour en France. De plus, la situation irrégulière des personnes complexifie leur accès aux soins. Cela implique que

l'ergothérapeute n'a que très peu de possibilités pour accompagner au quotidien des personnes ayant vécu une migration forcée. Cela est confirmé par le fait que les interventions des ergothérapeutes interrogés sont cadrées, les objectifs sont déjà prédéfinis et la période d'action est déterminée. En effet, les deux ergothérapeutes interrogés travaillant en France avaient une mission en CADA sur une période prédéfinie. De ce fait, il n'est pas possible d'explorer toutes les perspectives d'interventions ergothérapeutiques sur un temps restreint.

En second lieu, la majorité des sources scientifiques utilisées est étrangère en raison du fait que l'ergothérapie auprès des personnes ayant vécu une migration forcée soit peu documentée en France. De ce fait, toutes les notions évoquées ne sont peut-être pas transposables en France en raison des différences de contexte sociopolitique. Par exemple, de nombreux articles proviennent du Canada. Cependant, au Canada « le multiculturalisme est un idéal à atteindre, une valeur authentique au cœur de l'identité nationale » (Rocher, 2015). Néanmoins, le contexte est très différent de la France dont le modèle est celui de l'État nation et de l'unité nationale ce qui laisse peu de place à l'expression des différences culturelles (Rocher, 2015). Par conséquent, les possibilités canadiennes ne sont pas forcément transposables en France ce qui constitue un biais à cette étude.

## **VII. Conclusion**

À ce jour, les versants rééducatifs et réadaptatifs de l'ergothérapie sont majoritairement développés à l'inverse du champ social d'intervention en France. Néanmoins, dans des pays étrangers tels que le Canada ou la Suisse, ce sont des domaines largement investis. Des projets de développement en ergothérapie sociale tendent à se développer en France auprès des populations vulnérables, notamment des personnes migrantes. Le questionnement initial était : quels sont les enjeux de santé et d'intervention ergothérapeutique dans l'accompagnement du processus identitaire des personnes ayant vécu une migration forcée ?

Il existe de nombreuses injustices occupationnelles marquées par la présence d'un déséquilibre occupationnel ainsi que d'une privation occupationnelle majeurs dus à des vécus migratoires complexes ainsi que des situations administratives irrégulières. Ces personnes subissent des déterminants de santé qui sont défavorables à leur santé, leur bien-être et leurs occupations. Ce sont les enjeux occupationnels qui donnent à l'ergothérapeute toute sa place auprès de cette population. En effet, l'ergothérapeute a pour objectif de permettre à tout individu de réaliser les occupations qui lui sont signifiantes de manière autonome et indépendante. Dans sa pratique, l'ergothérapeute peut utiliser des modèles conceptuels dans l'objectif d'organiser et orienter sa

prise en soin en lien avec les volontés de la personne qu'il accompagne. Ces réflexions ont conduit à la création de la problématique suivante : Au regard de l'OTIPM, en quoi l'action de l'ergothérapeute sur les déterminants de santé peut-elle favoriser le réinvestissement occupationnel d'une personne ayant vécu une migration forcée ?

De cette question sont nées deux hypothèses : une première hypothèse conjecturant que : l'ergothérapeute peut accompagner les personnes ayant vécu une migration forcée dans le réinvestissement de leurs habiletés occupationnelles. Par les entretiens auprès de la population étudiée ainsi que des professionnels médico-sociaux, nous avons pu montrer que l'ergothérapeute, en intervenant sur les trois domaines d'activité : les loisirs, les activités productives et les soins personnels, peuvent favoriser l'équilibre occupationnel des personnes. Nous avons donc pu valider cette hypothèse.

La seconde hypothèse était qu'en intervenant sur les déterminants de santé, l'ergothérapeute peut agir sur l'intégration des personnes ayant vécu une migration forcée. Nous avons pu voir au cours des entretiens que l'ergothérapeute peut intervenir sur les niveaux « micro » et « macro » c'est-à-dire à l'échelle de la personne et des systèmes proches de cette dernière. Si nous n'avons pas pu montrer que l'ergothérapeute peut agir à d'autres échelles, la discussion nous a permis de voir qu'il pourrait agir au niveau « macro ». De plus, nous pouvons émettre l'hypothèse que comme les travailleurs sociaux le font, les ergothérapeutes pourraient le faire aussi à leur manière, à partir de leurs compétences propres. Ainsi, cette hypothèse est à pondérer et nous avons préféré l'invalider.

Ainsi, dans le monde, de nombreux ergothérapeutes travaillent auprès des populations migrantes pour leur permettre de développer leurs capacités, de s'intégrer, de gagner en pouvoir d'agir. Les ergothérapeutes agissent en faveur de la justice occupationnelle pour permettre à chaque personne de faire valoir ses droits. En France, la pratique auprès de cette population commence à se développer et ce mémoire d'initiation à la recherche vient confronter non seulement la pertinence d'intervenir, mais aussi la nécessité.

## **Bibliographie**

Absil, G., Vandoorme, C., Demarteau, M. (n.d.). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé. URL : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>

Albuquerque, S. (2019). Chapitre 22 – La promotion de la santé en ergothérapie : une perspective naturelle afin de répondre aux défis de la santé sociale. Dans *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pur une ergothérapie inclusive. Actualités en ergothérapie*. N°73 (pp. 307-323).

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier-Masson.

Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2(2), 103-116.

André, M. (2020). Les injustices occupationnelles rencontrées par les migrants dans leurs activités productives : quelles interventions possibles pour les ergothérapeutes ? *ErgOthérapies*, 79, pp. 29-41. URL : <https://revue.anfe.fr/2020/11/03/les-injustices-occupationnelles-rencontrees-par-les-migrants-dans-leurs-activites-productives%e2%80%89-quelles-interventions-possibles-pour-les-ergotherapeutes%e2%80%89/>

ANFE (2019). Définition. Consulté le 12/12/2020 sur <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

Arrêté du 20 juin 2017 relatif au diplômé d'Etat d'éducateur spécialisé. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000278576/?fbclid=IwAR3gssicFy6jYAtmK-XJf-omAZe5Q884\\_\\_12DYsDbIHfEPwmmJNkQjYIAaQ](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000278576/?fbclid=IwAR3gssicFy6jYAtmK-XJf-omAZe5Q884__12DYsDbIHfEPwmmJNkQjYIAaQ)

Assemblée générale des Nations unies (1948). « Déclaration universelle des droits de l'Homme » (217 [III] A). Paris. URL : <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (s. d.). *Introduction à la recherche qualitative*. 19, 4.

Baligand, P. (2015). Parcours de demandeurs d'asile : diffraction spatiale et traumatisme. *Les Annales de la Recherche Urbaine*. N°110 pp. 56-63. URL : [https://www.persee.fr/doc/aru\\_0180-930x\\_2015\\_num\\_110\\_1\\_3167#aru\\_0180-930X\\_2015\\_num\\_110\\_1\\_T6\\_0060\\_0000](https://www.persee.fr/doc/aru_0180-930x_2015_num_110_1_3167#aru_0180-930X_2015_num_110_1_T6_0060_0000)

Ballet, J., Bazin, D. & Pelenc, J. (2015). Justice environnementale et approche par les capacités. *Revue de philosophie économique*, vol. 16(1), 13-39. URL : <https://www.cairn.info/revue-de-philosophie-economique-2015-1-page-13.htm>

Barthoux, G. (2008). Le primitivisme, l'acculturation et le problème de l'identité. Dans *L'école à l'épreuve des cultures* (pp. 85-120). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Bartolomei J., Baeryswil-Cottin R., Premand N. (2014). Réponses institutionnelles à la souffrance psychique des personnes requérantes d'asile : l'expérience genevoise. *Alterstice*, 4 (2) (pp. 77-84).

Bataille, P. (2003). 4. Racisme populaire et relais institutionnels, discrimination systémique et indirecte. Dans : Daniel Borillo éd., *Lutter contre les discriminations* (pp. 69-85). Paris: La Découverte.

Bélangier R., Briand C., Marcoux C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine. Le partenaire. Volume 13 (1) pp. 8-15. URL : <https://aqrp-sm.org/wpcontent/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>

Bennegadi, R. & Cheref, S. (2015). Chapitre 15. Structure familiale, acculturation et résilience. Dans : Roland Coutanceau éd., *Souffrances familiales et résilience: Filiation, couple et parentalité* (pp. 197-221). Paris: Dunod.

Berry J.W. (1989), Acculturation et adaptation psychologique, in La recherche interculturelle, tome 1, L'Harmattan, Paris.

Berry, J.W., Kim, U., (1988). Acculturation and mental health. In Dasen P., Berry, J.W., Sartorius, N., (éd), *Cross-cultural Psychology and Health: Towards Applications*, Sage, London. URL: [https://www.researchgate.net/publication/278324640\\_Comparative\\_Studies\\_of\\_Acculturative\\_Stress](https://www.researchgate.net/publication/278324640_Comparative_Studies_of_Acculturative_Stress)

Blanc-Chaléard, M. (2001). Histoire de l'immigration. Paris: La Découverte. URL : <https://www.cairn.info/histoire-de-l-immigration--9782707135858.htm?WT.tsrc=cairnSearchAutocomplete>

Blanchet, A., Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan.

Cannone, R., (2016). Syndrome de stress post-traumatique et dépression sont fréquents chez les migrants.

Castiel, D. (2010). De la précarité au handicap social. Dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique: I - Fondements, principes, repères* (pp. 592-604). Toulouse, France: ERES. URL : <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-592.htm>

Castra M. (2012). Identité. *Les 100 mots de la sociologie*. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/1593>

Clavreul, H. (2015). Approche bio-psychosociale du handicap le champ social en culture : Actions culturelles et jardins partagés, support de la participation d'habitants dans l'espace public ? , Mémoire pour le diplôme de manager d'organismes à vocation sociale et culturelle, CNAM-CESTES

Clavreul, H. (2015). Vers une ergothérapie citoyenne et populaire. *ErgOthérapie*. N°59 (pp. 69-80).

Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. ANFE. URL : <https://revue.anfe.fr/2020/11/03/de-lapproche-communautaire-et-citoyenne-aux-interventions-dinteret-collectif-en-ergotherapie/>

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, article L311-15 relatif aux dispositions fiscales en vigueur au 5 mai 2021. URL : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036366075/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036366075/)

Cohen-Emerique, M. (2015). 18. Le décodage et la compréhension des processus d'acculturation. Dans : *Pour une approche interculturelle en travail social: Théories et pratiques* (pp. 345-370). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Coirier, E. (2015). Le recours aux soins des nouveaux migrants. Dans DSED, *Infos migrants*. N°76. URL : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Infos-migrations>

Collectif local d'aide aux migrants et réfugiés (CODAC). (2017). Le parcours du demandeur d'asile. *L'âge de faire*. N°116, février 2017. URL : <https://www.ki6col.com/actualites/le-collectif-codac/>

Courbot, C. (2000). De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire: Petite histoire d'un terme connoté. *Hypothèses*, 3(1), 121-129. <https://doi.org/10.3917/hyp.991.0121>

Courtois, M. (2020). Santé mentale : l'ergothérapie sociale au chevet des demandeurs d'asile. *Actualités sociales hebdomadaires*. N°3148 (pp 18-19).

Cultures & Santé asbl. (2019). Migrations, vulnérabilités et santé mentale. Dossier thématique n°13. URL : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/386-migrations-vulnerabilites-sante-mentale.html>

De Gaulejac, V. (2009). *Sociologie clinique du sujet*. Paris, Éditions.

Direction de l'information légale et administrative, (2021). Demande d'asile (réfugié, protection subsidiaire, apatride). URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N106#0>

Direction de l'information légale et administrative. (2019). *Demande d'asile d'un dubliné (venant d'un pays d'Europe) : quelle procédure ?*. Service-Public. URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717>

Duparc, F. (2009). Traumatismes et migrations: Première partie : Temporalités des traumatismes et métapsychologie. *Dialogue*, 185(3), 15-28. URL : <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2009-3-page-15.htm>

Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33(6), 673-680. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90021-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90021-4)

Eurostat. (2020). Statistiques sur la migration et la population migrante. Consulté le 17/01/2021 sur [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/fr](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr)

Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy intervention process model*. Fort Collins : three star press.

Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative Solutions.

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(3), pp. 162-173.

France terre d'asile. (n. d.). La rétention administrative. URL : <https://www.france-terre-asile.org/assistance-juridique-en-cra/flexicontent/que-faisons-nous/lintervention-en-retention-de-france-terre-dasile>

Giroux, S., Tremblay, G. (2002). *Méthodologie des sciences humaines : la recherche en action*. Saint-Laurent : Éditions du Nouveau Pédagogique Inc.

Gruson, L. (Directeur de publication). (2006). *Deux siècles d'histoire de l'immigration en France* [film]. Hypnique. URL : <https://www.histoire-immigration.fr/ressources/histoire-de-l-immigration/le-film-deux-siecles-d-histoire-de-l-immigration-en-france>

Hebga, M. (1968). Acculturation et chances d'un humanisme africain moderne. *Présence Africaine*, 68(4), 164-174.

Heinich, N. (2020). Multiculturalisme, communautarisme et totalitarisme. *Le Débat*, 210(3), 169-175. <https://www.cairn.info/revue-le-debat-2020-3-page-169.htm>

IOM, (2019). Glossary on Migration. *International Migration Law*. N°34. URL : [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf)

IOM, (2020). Arrivées de migrants en Europe par la Méditerranée en 2020 : 16 724 ; décès en mer : 256. URL : <https://www.iom.int/fr/news/arrivees-de-migrants-en-europe-par-la-mediterranee-en-2020-16-724-deces-en-mer-256>

IOM, (2020). Le nombre de décès de migrants dans la Méditerranée passe la barre des 20 000 suite à un naufrage au large des côtes libyennes. URL : <https://www.iom.int/fr/news/le-nombre-de-deces-de-migrants-dans-la-mediterranee-passe-la-barre-des-20-000-suite-un-naufrage>

IPSOS, (2017). Global Views on Immigration and the Refugee Crisis. URL: [https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2017-09/Global%20Advisor\\_Immigration\\_Slides%20-%20US%20Deck%20FINAL.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2017-09/Global%20Advisor_Immigration_Slides%20-%20US%20Deck%20FINAL.pdf)

IREPS de Bourgogne (2015). Inégalités sociales de santé et promotion de la santé. *Dossier technique n°7*. URL : [https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier\\_technique\\_iss\\_complet.pdf](https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/dossier_technique_iss_complet.pdf)

Jasmin, E. (2015). Santé, culture et occupation. *5<sup>e</sup> Symposium annuel des programmes d'ergothérapie et de physiothérapie*. Sherbrooke. URL : [https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Symposium/Societe\\_Culture\\_Occupation\\_23avril2015.pdf](https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Symposium/Societe_Culture_Occupation_23avril2015.pdf)

Jasmin, E., Drolet, M., Hébert, K., Larivière, N., Masse, J., Stucki, V., (2019). Des sciences sociales à l'ergothérapie : mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation. Santé (Presses de l'Université du Québec).

Jobin, L., Pigeon, M., Anctil, H., Bédard, L., Bergeron, K., Druet, C., Dunnigan, L., Gosselin, J., Lambert, R., Leclerc, P., Morissette, C., Sénéchal, M., Simpson, A. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. URL : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

Julhe, S. (2016). L'approche par les capacités au travail: Usages et limites d'une économie politique en terre sociologique. *Revue française de sociologie*, vol. 57(2), 321-352. URL : [https://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=RFS\\_572\\_0321](https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RFS_572_0321)

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome liii(4), 67-82. doi:10.3917/rpve.534.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page67.htm> 61

Kreusch J-M. (2011). La place des personnes issues de l'immigration au sein des Services de Santé Mentale. *Diversités et Citoyenneté*. N°25. 6-8. URL : [http://www.irfam.org/wp-content/uploads/e-journal/e-journal\\_25\\_sante\\_mentale\\_et\\_migration.pdf](http://www.irfam.org/wp-content/uploads/e-journal/e-journal_25_sante_mentale_et_migration.pdf)

La Cimade. (2016). Comprendre les migrations internationales. URL : <http://migrations-internationales.lacimade.org/>

La Cimade. (2016). Lutter contre les préjugés sur les migrants. URL : [https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2016/10/La\\_Cimade\\_Petit\\_Guide\\_Prejuges\\_2016.pdf](https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2016/10/La_Cimade_Petit_Guide_Prejuges_2016.pdf)

La Cimade. (2019). 12 propositions pour lutter contre les discriminations dans l'accès à l'emploi des personnes migrantes. URL : <https://www.lacimade.org/publication/12-propositions-pour-lutter-contre-les-discriminations-dans-laces-a-lemploi-des-personnes-migrantes/>

La Cimade. (2019). Typologie des dispositifs des « hébergements » des personnes exilées. URL : [https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/02/Typologie\\_hebergement\\_migrants\\_Cimade.pdf](https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/02/Typologie_hebergement_migrants_Cimade.pdf)

Lapointe-Gagnon, M. et Jourdan-Ionescu, C. (n.d.). Le récit narratif : un outil de résilience assistée pour les jeunes migrants. Dans : *2 Migration et résilience*. Livres en ligne du CRIRES.

pp : 226-231. URL :  
[https://lel.crires.ulaval.ca/sites/lel/files/utilisateurs/cassandracarrier/partie\\_2\\_-\\_migration\\_et\\_resilience\\_0.pdf](https://lel.crires.ulaval.ca/sites/lel/files/utilisateurs/cassandracarrier/partie_2_-_migration_et_resilience_0.pdf)

Lascaux, F. (2015). Métaculturalité en ergothérapie : l'objet créé en ergothérapie, témoin culturel pour un souffle de vie. Dans M-C. Morel-Bracq, *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (pp. 301-308). De Boeck.

Lavarde, A.-M. (2008). Chapitre 4. Des objectifs de recherche à la logique de recherche. Dans A.-M. Lavarde, *Guide méthodologique de la recherche en psychologie* (pp. 59-78). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. URL : <https://www.cairn.info/guide-methodologique-de-la-recherche-en-psychologi--9782804159047-page-59.htm>

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In Canadian Association of Occupational Therapists, *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29-56). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Le Courant S. (2016). La ville des sans-papiers. *L'Homme*. 219-220. URL : <http://journals.openedition.org/lhomme/29106>

Le Point, (2017). Nice : un brûlot anti-migrants dans le collimateur de la justice. 04/09/2012. URL : [https://www.lepoint.fr/societe/nice-un-brulot-anti-migrants-dans-le-collimateur-de-la-justice-04-09-2017-2154491\\_23.php](https://www.lepoint.fr/societe/nice-un-brulot-anti-migrants-dans-le-collimateur-de-la-justice-04-09-2017-2154491_23.php)

Lechenet, A. (2010). La reconnaissance, condition à l'exercice de la citoyenneté, y compris pour les femmes : ce que peuvent nous apporter les propositions de Axel Honneth. Congrès annuel de l'association Suisse de Science Politique, Genève, Suisse. URL : [https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00498608/PDF/La\\_reconnaissance\\_condition\\_de\\_la\\_citoyennete.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00498608/PDF/La_reconnaissance_condition_de_la_citoyennete.pdf)

Lefèvre, C. & Nourry, A. (2006). Enquêter en sociologie et en démographie : questions de déontologie, de méthodes et de terrain. *Population*, 1(1-2), 153-178. URL : <https://doi.org/10.3917/popu.601.0153>

Lejeune, P.(1980). *Je est un autre*. Ed. du Seuil. Coll. Poétique.

Levesque, A., Rocque, R. (2015). Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice, Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 5, n° 1, (pp. 69-82).

- Lingiah, H. (2005). Du traumatisme de la migration au traumatisme de l'intégration : réflexions à propos d'un travail de recherche. *Perspectives Psy*, vol. 44(1), 31-37. URL : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-1-page-31.htm>
- Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France (J.O. 8 mars 2016). URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032164264/>
- Loi n° 98-170 du 16 mars 1998 relative à la nationalité (J.O. 17 mars 1998). URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005625382/2010-08-03/>
- Loi n° 93-933 du 22 juillet 1993 réformant le droit de la nationalité (J.O. 23 juillet 1993). URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000362019>
- Loi n°2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration (J.O. 25 juillet 2006). URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000266495>
- Luong, C. (2020). Acculturation chez le migrant et le risque paranoïaque. *L'information psychiatrique*, volume 96(6), 435-438. URL : <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2126>
- Majnemer, A. (2010). Equilibrer le bateau pour un faciliter un océan de possibilités. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 77(4). 205-208. URL : <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2182/cjot.2010.77.4.2x>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles : De Boeck.
- Ministère de l'intérieur. (2020). Eléments d'histoire sur le droit de la nationalité française. URL : <https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Accueil-et-accompagnement/La-nationalite-francaise/Elements-d-histoire-sur-le-droit-de-la-nationalite-francaise>
- Moquet, M.-J. (2008). Inégalités sociales de santé des déterminants multiples. *La santé de l'homme*. N°397. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/142180/2120622>
- Morel-Bracq, M-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck. 2<sup>ème</sup> édition.
- Olivier de Sardan, J-P. (2000). « Le « je » méthodologique. Implication et explication dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, vol. 41 n°3, p. 417-426
- OMS (1948). Constitution de l'OMS. URL : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
- OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé.

OMS (2002). Rapport mondiale sur la violence et la santé. Genève. URL : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1)

OMS (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. URL : [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/)

OMS, (2003). Méthodologie de la Recherche dans le Domaine de la Santé. *Guide de Formation aux Méthodes de la Recherche Scientifique*. Deuxième édition. Manille.

Poinsot, M. (2017). Les visages de l'immigration. Dans : Isabelle Antonutti éd., *Migrations et bibliothèques* (pp. 27-38). Paris: Éditions du Cercle de la Librairie.

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

Rédaction Ina. (2014). SOS racisme : Touche pas à mon pote. Ina. URL : <https://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/sos-racisme-touche-pas-a-mon-pote/>

Rocher, F. (2015). Multi- et interculturelisme: Les cas canadien et québécois. *Le Débat*, 4(4), 33-43. URL : <https://doi.org/10.3917/deba.186.0033>

Roos, K., Wenger, I., Sowe, R. et Indermühle, Y. (2018). Addressing barriers to work for asylum seekers : Report from Switzerland. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 64(2), 123-127. URL : [https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/3575043/mod\\_folder/content/0/Roos\\_et\\_al\\_2018.pdf?forcedownload=1](https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/3575043/mod_folder/content/0/Roos_et_al_2018.pdf?forcedownload=1)

Schnapper, D. (2004). La République face aux communautarismes. *Études*, tome 400(2), 177-188. URL : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2004-2-page-177.htm>

Spira, A. (2019). L'accès aux soins des personnes migrantes, enjeu de santé publique. *Actualité santé dans Hommes et Libertés*. N°185 (pp. 24-26). URL : <https://www.ldh-france.org/wp-content/uploads/2018/11/HL185-Actualit%C3%A9-8.-Lacc%C3%A8s-aux-soins-des-personnes-migrantes-enjeu-de-sant%C3%A9-publique.pdf>

Stanojevich, E. et Veïsse, A. (2007). Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'Homme ?* N° 392. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-sur-la-sante-des-migrants>

- Temple, C. (2005). Stratégies identitaires, durée d'acculturation et orientations personnelles : quel lien avec l'estime de soi ? Le cas des migrants japonais. *Bulletin de psychologie*, numéro 477(3), 369-375. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-3-page-369.htm>
- Townsend, E. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa : Association canadienne des ergothérapeutes.
- Townsend, E., Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 71, n° 2. 75-87. URL : <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>.
- Tubiana, M. (2007). À quoi sert le droit ? *Migrations Société*, 1(1), 175-185. URL : <https://doi.org/10.3917/migra.109.0175>
- Van Campenhoudt, L. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4<sup>ème</sup> édition. Dunod.
- Vandeveldde-Rougale, A. & Fugier, P. (2016). Acculturation . Dans : Philippe Zawieja éd., *Dictionnaire de la fatigue* (pp. 20-27). Genève, Suisse: Librairie Droz.
- Vie Publique. (2019). Tous les habitants de la France sont-ils des citoyens français ? URL : <https://www.vie-publique.fr/fiches/23846-tous-les-habitants-de-la-france-sont-ils-des-citoyens-francais>
- Vinsonneau, G. (2012). *Mondialisation et identité culturelle*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. URL : <https://doi.org/10.3917/dbu.vinso.2012.01>
- WFOT (2006). Déclaration de position. *Les Droits de l'Homme*. URL : <https://www.wfot.org/resources/human-rights>
- Whiteford, G. (2016). Mettre en action une justice occupationnelle dans la recherche et l'élaboration de politiques : mise en lumière de l'expérience de la privation occupationnelle dans la migration forcée. Dans Pierce D, *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (pp. 185-193). De Boeck supérieur.
- Wieviorka, M. (1998). 1. Du racisme scientifique au nouveau racisme. Dans : , M. Wieviorka, *Le racisme, une introduction* (pp. 13-36). Paris: La Découverte.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., Jusot, F. (2019). Providing Healthcare Coverage to Undocumented Immigrants in France. *Questions d'économie de la santé*. N°243. URL : <https://www.irdes.fr/english/issues-in-health-economics/243-providing-healthcare-coverage-to-undocumented-immigrants-in-france-what-we-know-and-what-we-don-t-about-state-medical-aid-ame.pdf>

Zübeyit, G. (2011). Santé Mentale et Migration Forcée. Santé Mentale, Traumatisme, Acculturation et Reconstruction dans les Différents Contextes de Migration Forcée. Editions universitaires européennes. URL : [https://www.researchgate.net/publication/271483112\\_Sante\\_Mentale\\_et\\_Migration\\_Forcee\\_Sante\\_Mentale\\_Traumatisme\\_Acculturation\\_et\\_Reconstruction\\_dans\\_les\\_Differents\\_Contextes\\_de\\_Migration\\_Forcee](https://www.researchgate.net/publication/271483112_Sante_Mentale_et_Migration_Forcee_Sante_Mentale_Traumatisme_Acculturation_et_Reconstruction_dans_les_Differents_Contextes_de_Migration_Forcee)

## Annexes

I-	Déclaration Universelle des droits de l'Homme de 1948 .....	I
II-	Le parcours du combattant du demandeur d'asile (CODAC, 2017).....	VI
III-	Les modèles des déterminants de santé (IREPS, 2015) .....	VII
IV-	Les critères diagnostics de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V (APA, 2015) .....	IX
V-	Les stratégies identitaires selon Camilleri (Amin, 2012).....	XII
VI-	Charte d'Ottawa .....	XIII
VII-	Guide A .....	XV
VIII-	Guide B .....	XVII
IX-	Grille d'analyse des résultats vierges .....	XIX
X-	Analyse verticale P1 .....	XX
XI-	Analyse verticale P2.....	XXI
XII-	Analyse verticale P3.....	XXIII
XIII-	Analyse verticale P4.....	XXIV
XIV-	Analyse verticale TS1 .....	XXV
XV-	Analyse verticale TS2 .....	XXVI
XVI-	Analyse verticale TS3 .....	XXVII
XVII-	Analyse verticale TS4 .....	XXVIII
XVIII-	Analyse verticale E1 .....	XXIX
XIX-	Analyse verticale E2.....	XXX
XX-	Analyse verticale E3.....	XXXI

## I- Déclaration Universelle des droits de l'Homme de 1948

### **Préambule**

Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde,

Considérant que la méconnaissance et le mépris des droits de l'homme ont conduit à des actes de barbarie qui révoltent la conscience de l'humanité et que l'avènement d'un monde où les êtres humains seront libres de parler et de croire, libérés de la terreur et de la misère, a été proclamé comme la plus haute aspiration de l'homme,

Considérant qu'il est essentiel que les droits de l'homme soient protégés par un régime de droit pour que l'homme ne soit pas contraint, en suprême recours, à la révolte contre la tyrannie et l'oppression,

Considérant qu'il est essentiel d'encourager le développement de relations amicales entre nations,

Considérant que dans la Charte les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que les Etats Membres se sont engagés à assurer, en coopération avec l'Organisation des Nations Unies, le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales,

Considérant qu'une conception commune de ces droits et libertés est de la plus haute importance pour remplir pleinement cet engagement,

L'Assemblée générale

Proclame la présente Déclaration universelle des droits de l'homme comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations afin que tous les individus et tous les organes de la société, ayant cette Déclaration constamment à l'esprit, s'efforcent, par l'enseignement et l'éducation, de développer le respect de ces droits et libertés et d'en assurer, par des mesures progressives d'ordre national et international, la reconnaissance et l'application universelles et effectives, tant parmi les populations des Etats Membres eux-mêmes que parmi celles des territoires placés sous leur juridiction.

### **Article premier**

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

### **Article 2**

Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation.

De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté.

### **Article 3**

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

### **Article 4**

Nul ne sera tenu en esclavage ni en servitude ; l'esclavage et la traite des esclaves sont interdits sous toutes leurs formes.

### **Article 5**

Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

### **Article 6**

Chacun a le droit à la reconnaissance en tous lieux de sa personnalité juridique.

### **Article 7**

Tous sont égaux devant la loi et ont droit sans distinction à une égale protection de la loi. Tous ont droit à une protection égale contre toute discrimination qui violerait la présente Déclaration et contre toute provocation à une telle discrimination.

### **Article 8**

Toute personne a droit à un recours effectif devant les juridictions nationales compétentes contre les actes violant les droits fondamentaux qui lui sont reconnus par la constitution ou par la loi.

### **Article 9**

Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ni exilé.

### **Article 10**

Toute personne a droit, en pleine égalité, à ce que sa cause soit entendue équitablement et publiquement par un tribunal indépendant et impartial, qui décidera, soit de ses droits et obligations, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle.

### **Article 11**

1. Toute personne accusée d'un acte délictueux est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie au cours d'un procès public où toutes les garanties nécessaires à sa défense lui auront été assurées.

2. Nul ne sera condamné pour des actions ou omissions qui, au moment où elles ont été commises, ne constituaient pas un acte délictueux d'après le droit national ou international. De même, il ne sera infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'acte délictueux a été commis.

### **Article 12**

Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

### **Article 13**

1. Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un Etat.

2. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays.

#### **Article 14**

1. Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays.
2. Ce droit ne peut être invoqué dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies.

#### **Article 15**

1. Tout individu a droit à une nationalité.
2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa nationalité, ni du droit de changer de nationalité.

#### **Article 16**

1. A partir de l'âge nubile, l'homme et la femme, sans aucune restriction quant à la race, la nationalité ou la religion, ont le droit de se marier et de fonder une famille. Ils ont des droits égaux au regard du mariage, durant le mariage et lors de sa dissolution.
2. Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux.
3. La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'Etat.

#### **Article 17**

1. Toute personne, aussi bien seule qu'en collectivité, a droit à la propriété.
2. Nul ne peut être arbitrairement privé de sa propriété

#### **Article 18**

Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction, seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites.

#### **Article 19**

Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit.

#### **Article 20**

1. Toute personne a droit à la liberté de réunion et d'association pacifiques.
2. Nul ne peut être obligé de faire partie d'une association.

#### **Article 21**

1. Toute personne a le droit de prendre part à la direction des affaires publiques de son pays, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis.
2. Toute personne a droit à accéder, dans des conditions d'égalité, aux fonctions publiques de son pays.
3. La volonté du peuple est le fondement de l'autorité des pouvoirs publics; cette volonté doit s'exprimer par des élections honnêtes qui doivent avoir lieu périodiquement, au suffrage universel égal et au vote secret ou suivant une procédure équivalente assurant la liberté du vote.

## **Article 22**

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

## **Article 23**

1. Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage.
2. Tous ont droit, sans aucune discrimination, à un salaire égal pour un travail égal.
3. Quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tous autres moyens de protection sociale.
4. Toute personne a le droit de fonder avec d'autres des syndicats et de s'affilier à des syndicats pour la défense de ses intérêts.

## **Article 24**

Toute personne a droit au repos et aux loisirs et notamment à une limitation raisonnable de la durée du travail et à des congés payés périodiques.

## **Article 25**

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

## **Article 26**

1. Toute personne a droit à l'éducation. L'éducation doit être gratuite, au moins en ce qui concerne l'enseignement élémentaire et fondamental. L'enseignement élémentaire est obligatoire. L'enseignement technique et professionnel doit être généralisé ; l'accès aux études supérieures doit être ouvert en pleine égalité à tous en fonction de leur mérite.
2. L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux ou religieux, ainsi que le développement des activités des Nations Unies pour le maintien de la paix.
3. Les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants.

## **Article 27**

1. Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent
2. Chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur.

## **Article 28**

Toute personne a droit à ce que règne, sur le plan social et sur le plan international, un ordre tel que les droits et libertés énoncés dans la présente Déclaration puissent y trouver plein effet.

### **Article 29**

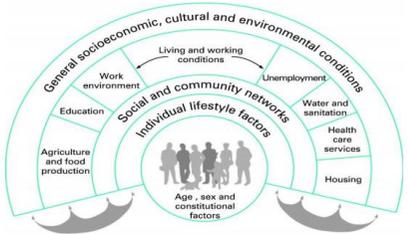
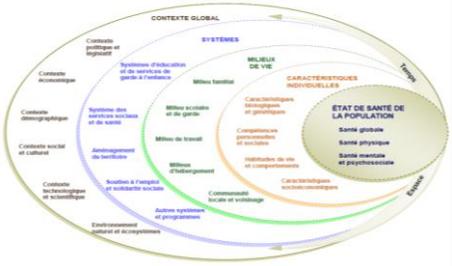
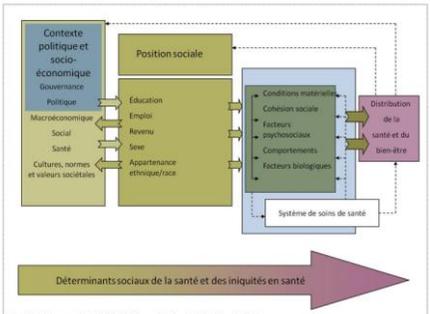
1. L'individu a des devoirs envers la communauté dans laquelle seule le libre et plein développement de sa personnalité est possible.
2. Dans l'exercice de ses droits et dans la jouissance de ses libertés, chacun n'est soumis qu'aux limitations établies par la loi exclusivement en vue d'assurer la reconnaissance et le respect des droits et libertés d'autrui et afin de satisfaire aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique.
3. Ces droits et libertés ne pourront, en aucun cas, s'exercer contrairement aux buts et aux principes des Nations Unies.

### **Article 30**

Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme impliquant, pour un Etat, un groupement ou un individu, un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte visant à la destruction des droits et libertés qui y sont énoncés.



III- Les modèles des déterminants de santé (IREPS, 2015)

Modèles Caractéristiques	Modèle des déterminants de santé de Dalghren et Whitehead	Modèle des déterminants de santé de la Robert Wood Jonhson Foundation	Modèle des déterminants de la santé du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec	Modèle des déterminants de santé de la Commission de Déterminants de la Santé de l'OMS
Date	1991	2008	2010	2008
Postulat	Les conditions de vie dans la petite enfance impliquent des inégalités sociales qui se perpétuent avec l'évolution de l'individu.		L'accumulation de plusieurs déterminants de santé désavantageux impliquent des inégalités sociales.	
Déterminants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques biologiques</li> <li>- Comportements</li> <li>- Modes de vie personnels</li> <li>- L'influence des groupes sociaux</li> <li>- Facteurs socio-professionnels et socio-éducatif</li> <li>- Conditions économiques, culturelles et environnementales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conditions socio-économiques</li> <li>- Opportunités</li> <li>- Ressources</li> <li>↓</li> <li>- Modes de vie et de travail</li> <li>↓</li> <li>- Comportements et accès aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte global</li> <li>- Systèmes</li> <li>- Milieux de vie</li> <li>- Caractéristiques individuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte socio-économique et politique</li> </ul>
Représentations				

IV- Les critères diagnostics de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V (APA, 2015)

Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple intervenants de premières lignes rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuelles d'enfants).

NB : le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou image, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

NB : chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'évènement/ aux événements traumatiques.

NB : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (par exemple flashbacks [scène rétrospective]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. [De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

NB : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
  2. Evitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
  2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (par exemple : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « on système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
  3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
  4. Etat émotionnel négatif persistant (par exemple crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
  5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
  6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
  7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
  2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
  3. Hypervigilance.
  4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.
  6. Perturbation du sommeil (par exemple difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ?
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble de stress post-traumatique : de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (par exemple sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Dérealisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique éloigné, ou déformé).

NB : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (par exemple épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

A expression retardée : si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

V- Les stratégies identitaires selon Camilleri (Amin, 2012).

Tableau 1 : Typologie des stratégies identitaires selon Camilleri, rapportée par Dasen et Ogay (2000, p. 58).

L'individu en situation d'acculturation rencontre dévalorisation et destruction			
Stratégies pour rétablir le sentiment valeur du soi		Stratégies pour rétablir une unité de sens (cohérence entre la fonction ontologique et la fonction pragmatique)	
Identités dépendantes	<b>Identité négative :</b> intérieurisation du jugement dépréciatif.	<b>Cohérence simple :</b> résolution de la contradiction par la suppression de l'un de ses termes	<b>Survalorisation de la fonction ontologique :</b> investissement plus ou moins exclusif dans le système d'origine (fondamentaliste, conservateur total).
	<b>Identité négative déplacée :</b> évacuation de l'identité négative en s'assimilant au favorisé et en transférant l'injonction dévalorisante sur les autres membres de son groupe d'origine.		<b>Valorisation dominante de la fonction pragmatique mais conservation d'un minimum ontologique :</b> alternance conjoncturelle des codes (opportuniste limité).
	<b>Identité par distinction :</b> prise de conscience de sa singularité mais non intériorisation de la dévalorisation, évitée par la prise de distance.		<b>Survalorisation de la fonction pragmatique :</b> investissement plus ou moins exclusif dans le système d'accueil, primauté de la volonté d'adaptation (opportuniste complet).
Identités réactionnelles	<b>Identité de défense :</b> l'identité comme refus, comme bouclier pour se protéger des autres.	<b>Cohérence complexe :</b> tenir compte de tous les éléments en opposition	<b>Bricolages identitaires :</b> résolution de la contradiction pour soi et non en soi, logique effective et non rationnelle.
	<b>Identité polémique :</b> sur-affirmation des caractères stigmatisés, en opposition généralement agressive contre le dominant.		<b>Logique rationnelle :</b> réappropriation, dissociation, articulation organique des contraires, suspension de l'application de la valeur, valorisation de l'esprit aux dépens de la lettre.
	<b>Identité de principe <i>c.-à-d.</i></b> volontariste : conduite paradoxale de revendication d'appartenance au groupe d'origine, alors que rejet de ses valeurs dans les actes.	<b>Stratégies de modération des conflits</b>	<b>Stratégies problématiques ne permettant pas d'éviter le conflit :</b> pondération différentielle des valeurs en opposition, limitation de l'élément perçu comme pénible, alternance systématisée des codes.



# CHARTE d'OTTAWA pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral

OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTE pour l'action**, visant la **Santé pour tous d'ici l'an 2000** et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "**Les buts de la Santé pour tous**", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

## PROMOTION de la SANTÉ

La promotion de la santé est le **processus** qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre **santé**, et d'**améliorer** celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "**santé**" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut

- d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

**La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie**; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour **viser le bien-être**.

## CONDITIONS PRÉALABLES à la SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

## PROMOUVOIR l'IDÉE

Une **bonne santé est une ressource majeure** pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé**. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la **promotion** des idées.

## CONFÉRER les MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'**offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

## SERVIR de MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la **médiation** entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

## L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

### ELABORER une POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard**.

Une **politique de promotion de la santé** combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels**. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants

La **politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles** gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, **ainsi que la détermination des solutions**. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

### CRÉER des MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on **ne peut séparer la santé des autres objectifs**. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une **approche socio-écologique de la santé**. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'**encourager les soins mutuels**, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la **conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale**.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

**L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé**, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

## RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

## ACQUÉRIR des APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

## RÉORIENTER les SERVICES de SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

## ENTRER dans L'AVENIR

**La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne** : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé;

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

## L'ENGAGEMENT FACE à la PROMOTION de la SANTÉ

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
  - à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
  - à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
  - à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
  - à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
  - à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.
- Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

## APPEL pour une ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.

VII- Guide A

Grille d'entretien ergothérapeute et travailleurs sociaux

L'interrogé	Pourriez-vous me dire votre métier et où vous travaillez ?
La population étudiée : vécu dans le pays d'origine, vécu de la migration	<p>Pourriez-vous me parler des personnes que vous accueillez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age ? Sexe ? Famille, personne seule ?</li> <li>- Langue, français ?</li> <li>- Raison pour laquelle ils ont quitté leurs pays ? Vous en parlent-ils ?</li> <li>- Combien de temps après leur arrivée en France les accueillez-vous ?</li> </ul>
Vie quotidienne	<p>Quel est le quotidien des personnes que vous accueillez lors de leur arrivée en France ?          Que font-ils comme activités dans la journée ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explication ergothérapie sur les types d'activités (soins personnels, loisirs, productivité) avec impact sur la santé</li> <li>- Est-ce que les personnes ont des activités sportives ? Lesquelles ? Activités qui vident la tête ? tranquille/type méditation/prière/observation ? Créatives ? Aide à la communauté ? Activités sociales ou qui renforcent les liens avec les autres ?</li> <li>- A l'initiative de qui ces activités ont-elles lieu ?</li> </ul> <p>Quels liens entretiennent-ils avec leur famille qui est restée au pays ? avec les autres personnes migrantes ? Avec les soignants/travailleurs sociaux ?          Comment agissez-vous pour favoriser la reconstruction ou le développement de liens sociaux entre les personnes et l'extérieur ? Et entre les personnes migrantes elles-mêmes ?          Accompagnez-vous les personnes dans les démarches administratives ? Et comment ?</p>
Besoins en santé	<p>Comment évaluez-vous/ estimez-vous les besoins d'une personne ?          Observez-vous des troubles alimentaires ? du sommeil ? organisation dans la journée ? hygiène ?          Quelles pathologies physique, psychique observez-vous chez les personnes migrantes ?          Est-ce que vous observez une désorganisation dans leur rythme au quotidien ? Dans l'organisation et la réalisation de leurs activités au quotidien, y compris les activités liées à l'hygiène, l'alimentation ... ?          Est-ce que vous évaluez les difficultés occupationnelles ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment est marqué la répartition des activités ? Y a-t-il un déséquilibre occupationnel ?</li> <li>- Y a-t-il des activités auxquelles les personnes n'ont pas accès ? Pourquoi ? (Privation occupationnelle)</li> <li>- Les activités que réalisent les personnes (soin, loisirs, productivité) ont-elles du sens pour elle d'après vous ? (Aliénation occupationnelle)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel type d'activité pourrait améliorer leur santé selon vous ?</li> <li>- Quels sont leurs besoins en santé ?</li> <li>- Pouvez-vous les accompagner sur ces besoins en santé ? Si oui, comment ? Si non pourquoi ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?</li> <li>- Qu'est ce qui les aide à répondre à leurs besoins en santé ?</li> <li>- Comment ces besoins pourraient être mieux satisfaits ?</li> </ul>
Prise en soin Temporalité / évolution	<p>En quoi consiste votre travail auprès d'eux ?</p> <p>Combien de temps dure l'accompagnement ergothérapeutique / social ?</p> <p>A quelle fréquence les voyez-vous ?</p> <p>Intervenez-vous de manière individuelle ou collective ?</p> <p>Pouvez-vous me parler de votre pratique auprès des personnes ayant vécu une migration forcée ?</p> <p><i>Relance</i> : Comment accompagnez-vous les personnes ayant vécu une migration forcée ? Quels outils utilisez-vous ?</p> <p>Comment agissez-vous sur leur quotidien ? sur leurs projets ?</p>
Déterminants de santé	<p>Pensez-vous avoir identifié certains facteurs qui influencent la santé des personnes migrantes que vous accueillez ici ?</p> <p>De quoi dépend la santé des personnes migrantes que vous accueillez ?</p> <p>Pensez-vous que vous pouvez avoir une action sur le contexte politique ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?</p> <p>De quelle manière agissez-vous dessus ?</p>
Contexte environnemental	<p>Quel impact l'environnement physique (conditions d'hébergements, bruits...) de ces personnes a-t-il sur leur santé ?</p>
Projection dans l'avenir	<p>Les personnes que vous accueillez formulent-elles des projets ? Si oui à quelle temporalité ? Quels sont ces projets par exemple ?</p>

VIII- Guide B

Grille d'entretien personnes migrantes

Thèmes	Personnes migrantes
La population étudiée : vécu dans le pays d'origine, vécu de la migration	<p>Quel est votre prénom ? où est-ce que vous vivez ? quelle est votre langue maternelle ?</p> <p>Depuis combien de temps êtes-vous en France ?</p> <p>Pourquoi vous avez-quitte votre pays ? (Récit de vie)</p> <p>Pourquoi le choix de la France comme pays d'immigration ?</p> <p>Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? (Échelle entre 0 et 5)</p> <p>Comment vous sentiez-vous à votre arrivée en France ? (Échelle entre 0 et 5)</p> <p>Qu'aimiez-vous faire avant de quitter votre pays ? (Centres d'intérêts)</p>
Vie quotidienne	<p>Comment s'organisaient vos journées dans votre pays d'origine ?</p> <p>Et maintenant quel est votre quotidien depuis l'arrivée en France ? (Journée type)</p> <p>Quelles activités appréciez-vous faire actuellement ? y en a-t-ils qui vous manquent ?</p> <p>Etes-vous venu seul en France ?</p> <p>Est-ce que vous connaissiez des gens avant d'arriver en France ?</p> <p>Est-ce que vous exerciez un métier dans votre pays d'origine ? Avez-vous eu une formation ? des activités de loisirs ?</p> <p>Avez-vous encore des contacts avec des proches restés dans votre pays d'origine ?</p> <p>Quels liens avez-vous avec l'association ?</p>
Besoins en santé	<p>Est-ce qu'en arrivant vous vous sentiez en bonne santé ? Comment vous sentiez vous à votre arrivée ?</p> <p>Qui vous a aidé au niveau de votre santé en arrivant en France ?</p> <p>Est-ce que vous avez vu un médecin en arrivant ? un psychologue ? d'autres professionnels de santé ? dans quel délai ?</p> <p>Comment vous vous sentez aujourd'hui ?</p> <p><i>Relance</i> : Rencontrez-vous des difficultés de sommeil ? D'alimentation ? des difficultés dans les relations avec les autres ?</p> <p>Est-ce que vous avez des difficultés à vous organiser dans votre quotidien ? (à gérer les activités d'hygiène, se faire à manger, se déplacer par exemple ?)</p> <p>Quelles sont les activités qui vous font du bien ?</p> <p>Y a-t-il des activités auxquelles vous n'avez pas accès ? Pourquoi ?</p> <p>Qu'est-ce que vous aimeriez avoir comme activités ? Quelles activités pourraient améliorer votre santé ?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De quoi avez-vous le plus besoin aujourd'hui ?</li> <li>- Y a-t-il un problème de santé que vous voudriez évoquer ?</li> <li>- Qu'est ce qui pourrait vous aider à vous sentir mieux dans votre tête et dans votre corps ?</li> </ul>
Prise en soin Temporalité / évolution	<p>Au bout de combien de temps après votre arrivée en France avez-vous été accompagné par l'association ?</p> <p>Comment s'est déroulé le parcours migratoire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels pays avez-vous traversés ?</li> <li>- Combien de temps a duré le voyage ?</li> <li>- Comment l'avez-vous vécu ?</li> </ul> <p>Est-ce que en arrivant en France vous avez eu des difficultés à organiser vos journées ? (Échelle de 0 à 5)</p> <p>Quel accompagnement vous a aidé en arrivant en France ? En quoi cela vous a-t-il aidé ?</p> <p>Par qui êtes-vous accompagné aujourd'hui ? Qui vous aide ? A quelle fréquence les voyez-vous ?</p> <p>Est-ce que vous voyez les professionnels en individuel ? En groupe ?</p> <p>Qu'est-ce que cela vous apporte au quotidien ? qu'est-ce que cela vous apporte pour le futur ?</p> <p>Dans quels domaines ressentiez-vous le besoin d'être accompagné aujourd'hui ? (Logement, nourriture, relation sociale...)</p>
Contexte environnemental	<p>Où viviez-vous en arrivant en France ?</p> <p>Et maintenant ? Comment cela se passe ?</p> <p>Est-ce que vous pensez que vos conditions de vie actuelles provoquent des problèmes de santé ?</p>
Déterminants de santé	<p>Comment s'est passée l'arrivée en France ? Était-ce comme vous l'imaginiez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau du logement ?</li> <li>- Au niveau de la santé ?</li> </ul> <p>Comment se déroulent vos démarches administratives ? Etes-vous accompagné ? Comment ?</p> <p>Est-ce que les professionnels peuvent agir sur le contexte politique ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?</p>
Projection dans l'avenir	<p>Qu'est-ce qui vous ferait plaisir/du bien aujourd'hui ?</p> <p>Arrivez-vous à vous projeter dans le temps ?</p> <p>Qu'est-ce que vous souhaitez pour votre avenir ?</p>
	Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que vous aimeriez me dire ?

*IX- Grille d'analyse des résultats vierges*

Thèmes	Ergothérapeutes			Travailleurs sociaux				Personnes migrantes				Indicateurs
	E1	E2	E3	TS1	TS2	TS 3	TS 4	P1	P2	P3	P4	
La population étudiée : vécu dans le pays d'origine, vécu de la migration												Caractéristiques individuelles
Vie quotidienne												Activités significantes Droits occupationnels Lien social préexistant
Prise en soin Temporalité / évolution												Outils d'évaluation Evolution notables de la personne Critères temporels (nombre de rdv/ temps avant 1ere visite chez médecin/psy...
Besoins en santé												Troubles physiques, psychiques, sociaux Activités réalisées ? Empêchées ? Echelles de mesures de 0 à 5
Contexte environnemental												Acculturation Environnement capacitant ou non
Projection dans l'avenir												Identification d'un projet
Déterminants de santé												Identification des déterminants de santé sur lesquels l'ergothérapeute peut intervenir ou orienter vers d'autres professionnels
Résultats par entretien												

X- Analyse verticale P1

Thème	Réponses
La personne interrogée	23 ans, originaire du Kurdistan, langue maternelle russe, est arrivé il y a 2 ans en France. Était en Pologne avant mais les Ouighours ne sont pas bien accueillis là-bas. Est arrivé seul en payant un chauffeur de camion et en connaissait personne en France avant.
Vie quotidienne	Travaillait au marché au Kurdistan puis au noir en Pologne. Aimait le sport et en fait toujours en France (kickboxing, et jiu-jitsu brésilien). Ne veut pas travailler, veut faire du sport son métier. Faisait du MMA avant d'arriver en France. Sans les papiers, ne peut pas travailler. Suit des cours de français. « Aujourd'hui j'habite chez une famille française. Le contrat était de 6 mois [...]. Mais après les 6 mois ils m'ont dit que si je ne trouve pas d'appartement je peux revenir chez eux. C'est comme si j'avais une deuxième mère et un deuxième père ».
Prise en soin, temporalité et évolution	A fait sa demande de papier il y a deux ans et est toujours en attente. A commencé à être accompagné par une association pour apprendre le français. Activités avec les bénévoles : théâtre, etc. « En fait dès que je peux faire quelque chose, je le fais, je ne reste pas chez moi. Comme ça ils ont trouvé que j'étais ambitieux et que je voulais vraiment rester en France ». Puis en janvier 2020, association Welcome pour trouver un logement, avant était dans la rue.
Besoins en santé	Barrière de la langue. Trouver un logement (appel du 115 tous les soirs mais pas toujours de place donc nuit dans la rue). Beaucoup de problèmes de santé en arrivant car pas le même climat qu'au Kurdistan (problèmes aux articulations). A voulu aller à l'université mais n'a pas passé les tests car le français n'était pas assez bon.
Contexte environnemental	Aide du PADA pour trouver un logement en arrivant.
Projection dans l'avenir	Souhaite faire une carrière de sport : devenir champion de MMA. « J'ai été 5 ans dans la rue en survivant, tout ce que je cherche c'est l'argent. Je veux juste être un champion de sport au niveau mondial pour avoir de la liberté comme les oiseaux pour pouvoir faire tout ce que je veux ».
Déterminants de santé	« Pour moi la France ils parlent beaucoup de liberté mais en réalité il y a beaucoup d'interdictions. Il y a beaucoup de contrôle de police et je ne pense pas rester en France ».

*XI- Analyse verticale P2*

Thème	Réponses
La personne interrogée	27 ans, journaliste en Guinée. A écrit un article pour dénoncer un événement et est recherché par la police guinéenne. « Ce n'était pas une décision, j'ai dû quitter la Guinée ». Est arrivé en France le 26 octobre 2018. « La France, avant tout parce que je suis francophile et que j'ai ma copine ici qui était déjà en France depuis 6 ans. Et une autre chose c'est qu'on dit que la France est un pays des droits de l'homme. Chez nous on considère la France comme l'un des pays fondateurs des droits de l'homme dans le monde et je me suis dit qu'en France j'allais m'en sortir ». A mis 4 mois à faire le trajet.
Vie quotidienne	Loisirs en Guinée : sport, boîte de nuit, danse, lecture. Fait moins de choses en France. Se trouve « paresseux ». « Depuis deux ans, je suis en train de répéter la même chose. Je dors trop comme quelqu'un qui est à la retraite, je regarde trop la télé. Je ne peux pas faire de formation, c'est ce qui m'a vraiment beaucoup fatigué. Etant donné que je n'ai pas encore été régularisé, je répète les mêmes gestes. J'allais marcher aux mêmes endroits tout le temps. Voilà mes journées mais j'espère que ça va changer ». En France, vient de commencer à faire du bénévolat pour la protection civile. L'activité principale qui lui manque est le travail. Faire du bénévolat est quelque chose qui lui fait du bien.
Prise en soin, temporalité et évolution	Est accompagné par Itinérance pour les papiers administratif depuis son arrivée comme sa copine fait partie de l'association. Et a des liens avec Welcome, il participe à des évènements.
Besoins en santé	Besoin d'être accompagné pour trouver des activités. A eu beaucoup de mal à trouver un endroit où s'investir comme la protection civile. Était maigre, faible et très fatigué en arrivant en France, mais a vu un médecin dès son arrivée grâce à une association.
Contexte environnemental	A directement rejoint sa copine.
Projection dans l'avenir	« Retourner dans le monde du journalisme ce n'est pas très facile pour moi, j'ai essayé avec la presse de la Manche ici, j'ai publié trois articles mais en fait dans mon pays je voulais surtout parler de politique et d'économie mais ici l'environnement politique et économique est totalement différent. Du coup pour que je continue le journalisme il faudrait que je fasse une formation plus accrue mais je n'ai pas envie de refaire une longue formation pour reprendre le travail

	mais j'envisage d'aller ailleurs si je trouve une possibilité de faire autre chose. Peut-être devenir pompier, ambulancier ou infirmier. Aller vers le monde médical. Si tu étais magicienne, je te demanderais les papiers et un travail ».
Déterminants de santé	« Mais avoir un préjugé sur quelqu'un qu'on ne connaît pas c'est en France que je l'ai découvert. Il y a beaucoup de préjugés, de méfiance et ça fait très mal. Tu es obligé de réfléchir à pourquoi ils pensent ça. C'est surtout ça qui a été compliqué. Il y a des personnes malveillantes même si elles sont rares ce n'est pas facile quand on les croise. Et aussi une chose qui m'a beaucoup impressionnée, c'est le nombre d'associations qui accompagnent les migrants et ceux qui sont dans la précarité, ça m'a impressionné. Le bénévolat est quelque chose qui fonctionne bien en France, il y a 12 millions de bénévoles en France. »

XII- Analyse verticale P3

Thème	Réponses
La personne interrogée	25 ans, originaire de Sierra Leone. Langue maternelle : le fula. Arrivée en France il y a 6 ans. Avait des problèmes en Afrique et son frère lui à payer un billet d'avion pour la France. « A mes 4 ans je suis venue en Guinée parce que mes parents sont morts pendant la guerre en Sierra Leone. Donc avec mon grand-frère, on est venu en Guinée pour rester avec mon oncle. Je suis restée là-bas pendant longtemps. Et je suis revenu en Sierra Leone pour travailler mais j'y suis restée que quelques mois et après je suis venue en France ». Ne connaissait personne avant d'arriver en France. « Au début pendant 3 mois j'ai parlé avec mon grand frère et maintenant ça fait 6 ans que je ne lui ai pas parlé, je ne sais pas s'il est en Afrique ou s'il est mort, je ne sais pas ».
Vie quotidienne	Loisir : couture et cuisine. Pas de travail et pas d'études avant d'arriver en France. Aujourd'hui, travaille pour le CCAS tous les matins et après travaille pour une association pour le handicap.
Prise en soin, temporalité et évolution	« L'association ça m'a beaucoup aidé, de sortir de CADA sans papier c'était compliqué. Une dame m'a hébergé et elle m'a ensuite permis de continuer dans d'autres familles d'accueil. Je suis allée dans 6 familles en tout. Les familles m'ont beaucoup aidé pour les papiers administratifs sinon c'était difficile ». A fait la demande d'asile il y a 4 ans et a obtenu les papiers pour 1 an qu'elle doit renouveler chaque année.
Besoins en santé	« Les premiers jours c'était très difficile parce que je ne parlais pas français. Je restais dans la rue et je dormais dans la rue. Je suis venue jusqu'à Caen. Et j'ai eu le contact d'une association pour demander l'asile. Pour dormir, l'assistante sociale m'a dit d'appeler le 115. Ça a duré 3 ou 4 mois et après j'ai trouvé un CADA à Cherbourg. Et j'y suis resté. » Besoin d'être accompagné pour le travail car précaire. Et veut les papiers. Se sent en bonne santé en France en comparaison avec l'Afrique. Allait à l'hôpital souvent à son arrivée en France quand elle était dans la rue. Dormir était difficile au début car beaucoup de pensées. Prends des médicaments pour dormir. Aimerais être accompagné pour le travail car une fois la covid finie elle n'aura plus de travail. Souhaite avoir un travail pérenne.
Contexte environnemental	A dormi dans la rue au début, puis en CADA, puis en famille d'accueil et possède aujourd'hui son appartement.
Projection dans l'avenir	« J'aimerais travailler, gagner beaucoup de sous, me marier et avoir des enfants ».
Déterminants de santé	« Ici ce n'est pas comme en Afrique. En Afrique ce sont des corruptions donc ici ça va. Les gens étaient accueillants ».

XIII- Analyse verticale P4

Thème	Réponses
La personne interrogée	22 ans, Originaire d'Egypte. Actuellement chef d'entreprise dans le bâtiment. Arrivé en France en 2017. « Je faisais des études de droit pour être soit avocat soit juge et mon cousin a fait les mêmes études mais lui il a fini et il cherche du travail en Egypte. Ils n'ont pas accepté par rapport à son prénom et à sa religion. Du coup je me suis dit je laisse tomber les études, je suis partie en Lybie, j'ai travaillé là-bas. Quand je suis arrivé en Europe ce n'était pas en France que je voulais aller mais en Angleterre. Après Macron a fermé les frontières et je me suis retrouvé bloqué en France donc je suis resté ». Avait 17 ans quand il a quitté la Lybie.
Vie quotidienne	Avant : précarité de l'endroit de résidence. A été changé de structure. Difficulté de travailler en foyer (non-autorisation des papiers). Travail au noir. A quitté le foyer et dormait dehors pour pouvoir travailler. Au foyer : activité piscines, courses, randonnée... Aujourd'hui : travaille, à son appartement.
Prise en soin, temporalité et évolution	Possède aujourd'hui une carte de résident de 10 ans. Les a obtenus au bout de 2 ans.
Besoins en santé	Au niveau de la santé physique ça allait. Barrière de la langue très difficile. Besoin de travailler.
Contexte environnemental	Est resté dans la rue à Paris, avant d'aller en CADA à Clermont-Ferrand puis d'être aidé par une famille pour trouver un logement.
Projection dans l'avenir	« Etudier l'immobilier et gagner encore plus d'argent ».
Déterminants de santé	/

XIV- Analyse verticale TSI

Thème	Réponses
La personne interrogée	Éducateur spécialisé depuis 2012. Accompagne les demandeurs d'asile en procédure Dublin.
La population étudiée	Hommes à 90%. Entre 25 et 35 ans. Population afghane. Femme arrive souvent de Guinée ou du Mali. Un interprète est présent 2 jours et demi par semaine. Parfois certains parlent anglais. Utilisation de ISM (interprète au téléphone). Parcours de migration très violent.
Vie quotidienne	Le logement est compliqué. Ils sont souvent hébergés par des statutaires en échange d'argent. Mais conditions très précaires. Communauté afghane très soudée. Sinon appel au 115. Activités quotidiennes : travail au noir pour certains, mais en majorité ils ne font pas grand-chose. Quand on trouve, ils ont des cours de français. Sinon ils vont à leurs quelques rendez-vous, un rendez-vous leur prend toute la journée.
Prise en soin, temporalité et évolution	« On peut aller visiter un musée, le château de Versailles, pique-nique, bowling, tour à vélo dans paris, découverte de Paris, des crêpes, atelier estime de soi avec une esthéticienne. Je n'ai pas fait beaucoup d'ateliers parce qu'on n'a pas le droit en ce moment. J'ai constaté que beaucoup de statutaire obtiennent leur papier mais ne parlent pas français. Donc j'essaye de les pousser à apprendre le français. Accompagnement aux RDV médicaux. Prise de transports. Atelier d'insertion professionnelle ».
Besoins en santé	En premier lieu : bilan de la santé physique et mentale. Beaucoup de difficultés physiques et de troubles psychiques. Besoin de comprendre le système de soins français. Besoins de repères.
Contexte environnemental	Le logement est compliqué.
Projection dans l'avenir	Besoin de stabilité avant de se projeter.
Déterminants de santé	« Il y a peu de dispositifs d'aide pour les demandeurs d'asile. Car beaucoup de dispositif nécessitent une autorisation de travail qui n'est presque jamais obtenu... les associations ponctuelles sont facilitatrices. Le recul de la CSS/ CMU complique les soins. »
Autres	« En rééducation physique et mentale il y a du travail. Ce sont des personnes traumatisées et elles ont besoin d'être accompagnées et qu'il y a des ateliers. Aujourd'hui je fais des ateliers parce que je ressens le besoin. L'histoire est très violente et traumatisante. L'ergothérapeute pourrait permettre de retrouver l'équilibre psychique et physique et de surmonter ces évènements traumatiques. »

XV- Analyse verticale TS2

Thème	Réponses
La personne interrogée	Assistante sociale depuis 2004. A toujours travaillé auprès des personnes migrantes. Travaille dans un centre d'hébergement pour les familles déboutées du droit d'asile non-expulsable.
La population étudiée	Famille en situation administrative précaire. Albanie, Kosovo, Tchétchénie, Daguestan, Géorgie, Arménie, tous les pays dont l'OFII ne reconnaît pas qu'il y a de l'insécurité.
Vie quotidienne	Bénévolat en traduction quand ils parlent français, bénévolat dans les banques alimentaires... rendez-vous avec les travailleurs sociaux. Aller chercher les colis alimentaires et d'hygiène. Marche beaucoup.
Prise en soin, temporalité et évolution	« L'objectif est de leur donner les moyens de prise de pouvoir sur leur vie, les aider à avoir des cours de français, de trouver l'argent pour payer ça, leur expliquer comment fonctionne l'environnement en France. Expliquer le droit français. Sorties culturelles. Aider sur la parentalité et l'école. Avant le covid, on faisait régulièrement des ateliers, cuisine, sortie culturelle, pique-nique. J'essaye d'organiser certaines choses dehors. Notre accompagnement consiste aussi à gérer l'attente. On organise aussi des vacances pour les enfants, ou des prises en charge dans les centres de loisirs. »
Besoins en santé	Besoins de soins physiques et psychologiques. Leur redonner les moyens de prise de pouvoir sur leur vie.
Contexte environnemental	Logement précaire mais avec tout ce dont ils ont besoin.
Projection dans l'avenir	Beaucoup de projets irréalistes ou alors aucun projet selon les gens. Beaucoup disent : « pour moi je ne projette pas mais pour mes enfants ça ira ».
Déterminants de santé	« Evidemment que oui, la résistance politique est quotidienne. Tous les éléments qui permettent aux gens de tenir bons et de continuer de se battre sont une forme de résistance. On n'a pas les moyens que les migrants arrêtent de subir ces questions politiques. Il y a des agressions de l'état sur l'AME actuellement. On peut leur permettre de le vivre mieux, avec plus de force et de soutien. Rien que ça c'est de l'action politique. »

XVI- Analyse verticale TS3

Thème	Réponses
La personne interrogée	Intervenante juridique pour les demandeurs d'asile en procédure Dublin.
La population étudiée	90% d'hommes d'origine afghane qui sont partis seuls et dont la famille est restée au pays. Ils partent parce que la situation est compliquée notamment avec les Talibans. Quelques hommes d'Afrique de l'Ouest qui sont partis à cause du contexte politique et quelques femmes d'Afrique de l'Ouest, qui partent pour des raisons de violence, de mariage forcé, d'excision... Situation de procédure Dublin avec des pays d'Europe de l'Est où ça s'est très mal passé là-bas ou alors dans des pays d'Europe de l'Ouest où la demande d'asile à été refusé plusieurs fois.
Vie quotidienne	/
Prise en soin, temporalité et évolution	« On les reçoit au tout début de leur procédure Dublin. La première chose qu'on essaye de faire c'est d'envoyer un courrier à la préfecture pour essayer de les faire passer en procédure normale. Dans ce courrier on essaye de montrer une défaillance dans la procédure Dublin. Si la préfecture refuse, parce que des fois les personnes n'ont pas leur papier et n'ont pas de preuves, donc ils risquent le renvoie. Dans ce cas on essaye de contester avec un avocat. C'est très compliqué d'obtenir une annulation. Les personnes ont régulièrement besoin d'aller signer des choses à la préfecture mais elles ont des risques de se faire arrêter donc on leur dit de peser le pour et le contre. On les aide à se préparer pour l'entretien à l'OFPRA ».
Besoins en santé	Besoin de soutien psychologique car la procédure est un enchaînement d'attente et de refus.
Contexte environnemental	Peu d'organismes pour les demandeurs d'asile. Peu d'hébergement. Nécessité de les aider à optimiser le temps d'attente.
Projection dans l'avenir	Ils formulent des projets mais ont du mal à matérialiser en raison de l'incertitude.
Déterminants de santé	Peu d'aides pour les demandeurs d'asile. Peur de l'arrestation en allant aux RDV.

XVII- Analyse verticale TS4

Thème	Réponses
La personne interrogée	Éducatrice spécialisée avec licence de psychologie. Résidence pour jeunes travailleurs via l'association ALJT. Chargé d'accompagnement social et gestion locative sociale.
La population étudiée	Jeunes entre 18 et 30 ans travailleurs qui ont donc des revenus. Résidence mixte : équilibre homme/femme et milieu culturel et socio-professionnel. Beaucoup d'anciens mineurs non accompagnés et de jeunes issu de l'ASE. Régularisé au niveau administratif. Séjour de maximum de 24 mois.
Vie quotidienne	Le lieu de profession et ce qu'ils font n'a pas souvent été choisi.
Prise en soin, temporalité et évolution	Répondre aux besoins en matière de logement, santé, administratif, emploi. Les accompagner vers plus d'autonomie. Faire valoir leurs droits. L'objectif c'est de leur apporter de la stabilité. Ateliers collectifs insertion professionnelle. Animation collective sur la vie de la résidence, animation de soirée "plaisir" pour penser à autre chose.
Besoins en santé	Santé psychologique. Oubli de prendre soin de soi et les loisirs. Lors de la perte professionnelle il y a de réelles baisses de moral.
Contexte environnemental	/
Projection dans l'avenir	Difficultés pour se projeter après les 24 mois.
Déterminants de santé	Politique de régularisation en France complique l'intégration (aller tous les 4 mois à la préfecture, taxe aux employeurs quand embauche d'un travailleur étranger, compréhension des papiers administratifs...). Importance de mener des actions d'information.

XVIII- Analyse verticale E1

Thème	Réponses
La personne interrogée	Depuis 10 ans auprès des populations migrantes. Ne travaille pas en poste d'ergothérapeute mais utilise ses compétences d'ergothérapeute. Camps de réfugiés
La population étudiée	« On s'occupe de personnes qui fuient pour des raisons politiques, des personnes qui ont fui à cause de la guerre, des personnes dont la vie était menacée car ils appartiennent à une « race » particulière, il y a des personnes qui se sont échappées de trafics, des personnes qui se sont enfuit par amour, il y a des personnes qui sont menacées à cause de leur religion et à cause de leur orientation sexuelle. Toute sorte de personnes qui ne pouvaient pas vivre dans leur pays et y trouver une protection ».
Vie quotidienne	« Les personnes n'ont pas d'intimités, tout le monde vit tous ensemble dans les camps. Il y a beaucoup d'ennuis. Certains ont accès à l'école. Lutte pour trouver à manger. »
Prise en soin, temporalité et évolution	Aides pour les démarches administratives. Soutien à l'intégration. Permettre aux enfants d'aller à l'école. Nous essayons d'explorer les loisirs. On essaye de mettre en place des activités culturelles. Poser des objectifs avec eux.
Besoins en santé	Soutien psychologique, hébergement, intimité, apprendre la langue, intégration socio-professionnelle, travail sur les injustices et les droits de l'homme.
Contexte environnemental	Logements précaires, liens sociaux difficiles.
Projection dans l'avenir	/
Déterminants de santé	« Les politiciens et la politique influencent sur tous les niveaux de l'intégration. C'est la raison pour laquelle nous avons cette vocation. Afin d'assurer que les Droits de personnes sont respectés et qu'il n'y a pas de problème là-dessus. C'est une question de stratégies, à quel point ils créent des obstacles dans la procédure ou en donnant le droit à l'intégration ou encore quelle est la rhétorique du gouvernement, des médias de masse... »

XIX- Analyse verticale E2

Thème	Réponses
La personne interrogée	Ergothérapeute depuis les années 90. Ancienne infirmière. Expérience de 6 mois auprès des personnes migrantes en CADA au cours d'un projet pour Faciliter l'Accès aux Soins des Demandeurs d'Asile.
La population étudiée	Demandeurs d'asile. Familles c'est-à-dire un adulte avec un enfant. Beaucoup de réfugiés politiques. Multi origine et multilingue.
Vie quotidienne	Enfants vont à l'école. Après le voyage il y a long moment de décompression. Ils apprennent à prendre possession de leur appartement en CADA. Ils doivent chercher de la nourriture, des vêtements. Ils apprennent la culture française et découvre leur environnement. Lien sociaux conservés. Très genré pour les activités.
Prise en soin, temporalité et évolution	Prévention vigilance. Organisation de visite culturelle, rdv médiathèque, activités d'amusement (piscine, peinture, sortie à la mer).
Besoins en santé	Être accompagné dans les actes du quotidien. Désorganisation du quotidien : beaucoup de nouveaux apprentissages qui prennent du temps. Non accès au travail. Délit de faciès lorsque l'autorisation de travail est là. Difficultés des gens sans qualification. Apprentissage des règles françaises. Besoin d'amusement. Besoin d'être accompagné aux rendez-vous.
Contexte environnemental	/
Projection dans l'avenir	« J'avais des demandes concernant le sommeil, par rapport aux jeux pour les enfants aussi. La tour Eiffel c'était leur demande, avec le fantasme de la carte postale et c'était génial ».
Déterminants de santé	« Il y a vraiment la différence, la peur de l'autre, rapporté au contexte économique. Si vous regardez les chiffres des demandes d'asile acceptées, elles sont en chute libre, et ce n'est pas parce qu'il y a moins de personnes migrantes, c'est lié au contexte économique ».
Autres	« Il faut que je vous parle de cette sortie. Donc c'était magique, tout le monde avait des étoiles dans les yeux alors qu'on n'a rien fait, on s'est juste assis au pied de la tour Eiffel. Et en rentrant chez moi j'ai eu un appel « on a perdu madame et son mari avec leur petit » alors ça m'a fait rire. Je leur ai dit « attendez, ils sont venus du fin fond de l'Afrique, ils ont traversé des frontières, ils ont sauvé leur enfant alors ne vous inquiétez pas, ça va aller pour un trajet en métro ». Vous voyez comme c'est prenant. Et pourtant, elles ont appris ça aussi pendant leur stage, jusqu'où on prend soin avec l'autonomie de l'ergothérapeute. »

XX- Analyse verticale E3

Thème	Réponses
La personne interrogée	Diplômé en 1993. Expérience depuis 2 ans au cours du projet pour Faciliter l'Accès aux Soins des Demandeurs d'Asile.
La population étudiée	CADA, demandeurs d'asile. Hommes entre 18 et 30 ans. Ligne de fracture entre l'Afrique de l'Ouest jusqu'à la pointe de l'Afghanistan.
Vie quotidienne	Travail au noir. Réalité de survie (nourriture, hygiène, sécurité pour dormir), marche beaucoup dehors. Portable pour garder du lien social.
Prise en soin, temporalité et évolution	Orientation vers des équipes de soins si nécessaire. Atelier de pratique musicale, atelier théâtre, sorties culturelles, écriture pendant le confinement.
Besoins en santé	Langue, accompagner le traumatisme et ses reviviscences, le travail, trouver de la nourriture.
Contexte environnemental	/
Projection dans l'avenir	Travail.
Déterminants de santé	« On n'a pas la culture du métissage ».
Autres	« Je suis né à une époque où les murs tombaient et aujourd'hui les murs se reconstruisent. A l'époque c'était les slogans « touche pas à mon pote » qu'on entendait. Aujourd'hui je vois les choses s'effondrer. A chaque élection, la question des migrants devient un enjeu électoral et ils deviennent des pestiférés. C'est une forme d'exclusion qui a des impacts sur la santé et c'est pour cela que je pense que l'ergothérapie a tout ses enjeux ».

## **Migration forcée : les enjeux de la prise en soins en ergothérapie**

**Résumé** : Certaines personnes voient leur vie menacée en raison de la politique et des conflits présents dans leur pays d'origine. Cela conduit à des migrations forcées. Ces migrations ont d'importantes conséquences sur l'état de santé qu'il soit physique, mental ou bien social des personnes qui la vivent. Ces personnes sont sujettes à des déterminants de santé défavorables et ont des besoins en santé, notamment des besoins occupationnels. L'occupation est un droit ; néanmoins, les personnes font face à des injustices occupationnelles. Les répercussions de ces injustices concernent les trois sphères de l'occupation, c'est-à-dire les activités productives, les loisirs et les soins personnels. Onze entretiens qualitatifs menés auprès de quatre personnes ayant vécu une migration forcée ainsi que de quatre travailleurs sociaux et de trois ergothérapeutes ayant accompagné la population étudiée ont permis de mettre en lumière les actions possibles de l'ergothérapeute sur les déterminants de santé et les injustices occupationnelles que vivent ces personnes.

**Mots-clés** : Ergothérapie – Migration forcée – Déterminants de santé – Injustices occupationnelles – OTIPM – Intégration

## **Forced migration: the challenges of occupational therapy care**

**Abstract**: Some people's lives are threatened by politics and conflicts in their native countries. This leads to forced migration. These migrations have important consequences on the physical, mental and social health of people who experience it. These people are prone to unfavorable health determinants and have health needs, including occupational needs. Occupation is a right; nevertheless, people are confronted with occupational injustices. The impact of these injustices affects all three spheres of occupation, in other words productive activities, leisure and personal care. Eleven qualitative interviews were conducted with four people who have experienced forced migration as well as four social workers and three occupational therapists who accompanied the study population. These interviews highlighted the potential actions of occupational therapists on the health determinants and the occupational injustices experienced by these individuals.

**Key words**: Occupational Therapy – Forced migration – Health determinants – Occupational injustices – OTIPM – Integration