



Mémoire d'initiation à la recherche

Se reconstruire ensemble :  
L'approche à base communautaire  
auprès des personnes migrantes

Juin 2019  
Léana Buanic



## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de texte, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie ;
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),\* étudiant(e) en 3<sup>e</sup> année en Institut de Formation en Ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

À Créteil, le

Signature :

\*NOM, Prénom

**Note aux lecteurs :**

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

## Remerciements

Ce mémoire n'aurait jamais vu le jour sans le soutien inconditionnel de mes proches et amis.

Je tiens à remercier particulièrement ma maîtresse de mémoire Marion CAILLIERET qui s'est adaptée avec beaucoup de patience et de gentillesse à ma façon de travailler.

Je remercie également tous les référents et enseignants de l'IFE de l'UPEC qui m'ont accompagné sans faillir depuis le début de mes études et tout au long de ce travail, dont Anne MOREAU, Robin BAIRET et Aleksandra PIOT. J'aimerais également remercier Cynthia ENGELS qui a inspiré mon sujet et m'a offert toutes ses opportunités internationales.

Je ne peux que remercier ma sœur, mes parents et mes amis qui m'ont supporté dans mes baisses de moral et pour leurs relectures avisées. Merci à Mélanie GUEDEY pour tous ses conseils extrêmement pertinents et son canapé.

Ce mémoire est aussi pour tous mes amis suisses et ces personnes incroyables qui ont accepté de partager un peu de leur vie et de leurs espoirs avec moi.

*Ui mai koe ki ahau he aha te mea nui o te ao, Maku e ki atu he tangata, he tangata, he tangata !*

*Demandez-moi quelle est la chose la plus importante au monde, je vous répondrai :  
c'est les gens, c'est les gens, c'est les gens !*

*(Proverbe Maori)*

# TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE .....	1
INTRODUCTION .....	2
PARTIE THÉORIQUE .....	3
I. Les personnes migrantes .....	3
A. Dénominations et définitions .....	3
B. La personne migrante en France .....	4
C. Ergothérapeutes et personnes migrantes .....	8
II. L'ergothérapie et la justice occupationnelle .....	11
A. Vers une ergothérapie plus sociale ?.....	11
B. Ergothérapie et justice occupationnelle .....	11
C. Inclusion et participation sociale .....	17
III. L'approche communautaire .....	19
A. Prendre en compte la culture : le modèle Kawa .....	19
B. L'approche communautaire .....	22
C. Un outil : la Réadaptation à Base Communautaire (RBC).....	23
PARTIE RECHERCHE .....	27
I. Objectifs.....	27
A. Rappel de la problématique et de l'hypothèse .....	27
B. Objectifs.....	27
II. Cadre méthodologique .....	28
A. Populations.....	28
B. Outil d'investigation .....	30
C. Déroulement de l'enquête .....	31
D. Traitement des données .....	32

III. Résultats et analyse des résultats.....	33
A. Données épidémiologiques .....	33
B. Les besoins en ergothérapie .....	34
C. Visions de l’approche à base communautaire .....	35
D. Limites de l’approche .....	38
E. Vers la participation sociale .....	39
F. Perspectives d’avenir et évolutions .....	40
IV. Discussion .....	42
A. Rappel de la question .....	42
B. Intervention des ergothérapeutes auprès des migrants .....	42
C. L’approche à base communautaire, une pratique locale et empirique.....	43
D. Favoriser l’inclusion sociale des personnes migrantes.....	44
E. Perspectives .....	45
F. Apports et limites de l’enquête .....	45
CONCLUSION .....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	48
TABLE DES FIGURES .....	54
TABLE DES TABLEAUX .....	54
ANNEXES.....	I
Annexe 1 : Déroulement de la procédure à l’Ofpra.....	I
Annexe 2 : Trame pour les entretiens avec les ergothérapeutes .....	II
Annexe 3 : Trame pour les entretiens avec les personnes migrantes .....	III
Annexe 4 : Goal Attainment Scale .....	IV
Annexe 4 : Retranscription du témoignage de Faada.....	V
Annexe 5 : Retranscription du témoignage de Diallo .....	IX
Annexe 6 : Retranscription de l’entretien de l’ergothérapeute Lucie .....	XII

# GLOSSAIRE

ADA : Allocation pour Demandeurs d'Asile

AME : Aide Médicale d'État

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

Comède : Comité pour la santé des exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ENOTHE : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

GUDA : Guichet Unique des Demandeurs d'Asile

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

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

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PEO : Personne-Environnement-Occupation

PPH : Processus de Production du Handicap

PUMA : Protection Universelle Maladie

RBC : Réadaptation à Base Communautaire

UNHCR : United Nations High Commissioner for Refugees (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés)

USA : États-Unis d'Amérique

WFOT : World Federation of Occupational Therapists

# INTRODUCTION

Selon l'UNHCR\* (cf glossaire p.1), une personne est contrainte de fuir son pays à cause de persécution ou d'un conflit toutes les 2 secondes environ. (UNHCR, 2018).

Au 26 mai 2019, depuis le début de l'année, 25 692 personnes migrantes ont atteint l'Europe : 4 880 sont arrivés par la terre et 20 812 ont bravé la mer. Au moins 519 personnes ont disparu en Méditerranée (Organisation Internationale pour les Migrations, 2019).

Depuis l'été 2015 et la « crise des migrants » provoquée par l'afflux de réfugiés syriens et irakiens, l'immigration est omniprésente dans l'actualité européenne et française. En tant qu'humain et en tant que future professionnelle de santé, je m'interroge sur cette situation et ses conséquences. Que puis-je faire à mon échelle ?

J'ai pu constater lors de plusieurs congrès que mes questions étaient partagées par un certain nombre d'ergothérapeutes, notamment à l'étranger. Un stage en Suisse m'a permis d'expérimenter une pratique sociale et communautaire de l'ergothérapie auprès d'une population de demandeurs d'asile. J'ai pu alors observer les difficultés liées à l'exclusion des personnes migrantes, et faire des liens avec la réadaptation à base communautaire qui m'intriguait depuis qu'une référente m'en avait parlé.

Tout cela m'a amené à construire la problématique suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale des personnes migrantes ?**

# PARTIE THÉORIQUE

## I. Les personnes migrantes

### A. Dénominations et définitions

Il n'existe à ce jour aucune définition juridique du concept de « migrant » au niveau international. Cependant, selon l'ONU\* (cf glossaire p.1), « *Le terme "migrant" peut être compris comme : toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays* » (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, s. d.).

Différentes raisons peuvent être à l'origine des déplacements de population. Certaines personnes fuient une menace directe de persécution ou de mort (conflit, insécurité alimentaire), d'autres se déplacent pour poursuivre leurs études ou à la recherche de travail, à la recherche d'une vie meilleure. Les changements environnementaux et les catastrophes naturelles sont aussi de tout temps d'importants facteurs de migrations (internes ou internationales), mais on peut imaginer une augmentation de ces « migrants environnementaux » avec le changement climatique (UNHCR, 2018).

Il existe différentes classifications et statuts pour catégoriser ces personnes. Les nombreux statuts entraînent différents accès aux droits. Voici quelques définitions des principales dénominations :

#### • Le statut de réfugié

Depuis la Convention de Genève de 1951, certaines personnes migrantes sont éligibles au statut de réfugié dans le cas de persécutions : « *Le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner* » (UNHCR, 2007). Dans le langage commun, le réfugié est généralement assimilé à « *toute personne contrainte à quitter son pays d'origine et ne pouvant y rentrer* » (La Cimade, s. d.).

- **Le statut de demandeur d’asile**

Une personne ayant fait une demande du statut de réfugié et étant en attente d’une réponse est appelée « demandeur d’asile ».

- **Le statut de clandestin**

Les personnes en situation clandestine ou « sans-papiers » sont les personnes présentes dans le pays de manière irrégulière, sans en avoir le droit. Les cas de personnes entrant en Europe sans papiers sont très médiatisés, mais les associations relativisent leur nombre. Pour elles, la majorité des personnes en situation clandestine est entrée de manière régulière sur le territoire avec un dossier de demande d’asile ou avec un visa (étudiant, touriste ou autre). Ces personnes se retrouvent en situation illégale suite au rejet de leur demande, à l’expiration de leur visa ou lorsqu’ils n’obtiennent pas de permis de séjour durable (La Cimade, s. d.).

Occupational Therapy Europe, qui regroupe des ergothérapeutes praticiens, formateurs et chercheurs dans le but de promouvoir et développer l’ergothérapie en Europe (OT EU, s. d.), a constitué un groupe de travail s’intéressant à la question de la migration. Face aux différentes dénominations, ce groupe de travail a choisi l’expression de « displaced persons » (*personnes déplacées*) pour utiliser un seul terme qui reconnaît les différents vécus de chacun.

J’aurais aimé reprendre cette expression, mais elle est encore peu connue et ne fait pas sens pour les personnes françaises que j’interrogeais car elle présente une autre connotation historique. Pour plus de clarté, j’ai donc conservé l’expression de « personnes migrantes » dans mon travail de recherche.

## **B. La personne migrante en France**

### **1. L’immigration en chiffres**

L’INSEE\* (cf glossaire p.1) estimait en 2016 qu’il y avait 6,2 millions d’immigrés en France soit 8,9% de la population française. Ce chiffre se base sur la définition du Haut Conseil à l’Intégration qui définit la personne immigrée comme une « *personne née étrangère dans un pays étranger résidant en France* » (Insee, 2016), englobant donc toutes les formes de migrations. Ainsi parmi les proportions les plus importantes, 37% des immigrés arrivés dans le pays en 2016 sont nés en Europe et 35,7% en Afrique.

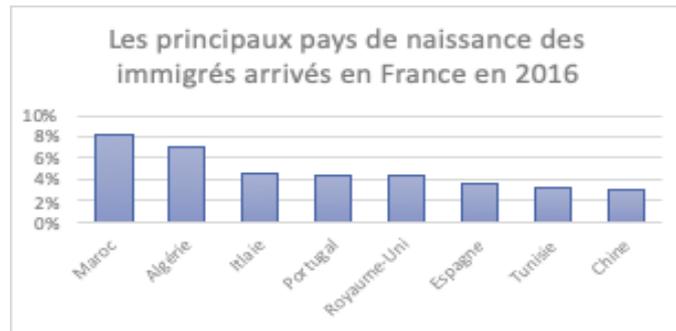


Figure 1 : Les principaux pays de naissance des immigrés arrivés en France en 2016

Source : Insee, enquête annuelle de recensement de 2017

## 2. L'asile en France

En France, l'Office Français de la Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) est l'établissement public administratif ayant pour mission d'instruire et de statuer sur les demandes d'asile et d'apatridie. C'est par ce biais que la personne déplacée pourra effectuer de nombreuses démarches au long du parcours parfois chaotique qu'elle devra suivre.

Pour effectuer une demande d'asile, la personne doit se présenter à une Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) gérée par une association (comme Terre d'Asile). Cette plateforme accompagnera ensuite la personne pour obtenir un rendez-vous auprès d'un 34 guichets uniques (GUDA) où aura lieu l'enregistrement.

Ce guichet réunit des agents de la préfecture et de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). L'agent de la préfecture valide les informations administratives (prise d'empreintes digitales et entretien) et détermine la procédure pour la demande. En effet, si le demandeur a déjà fait une demande dans un autre pays membre de l'Union Européenne, il relève de ce pays et doit y retourner (loi Dublin III). Dans le cas de ré-examen, de nationalité d'origine d'un pays considéré comme sûr (liste fixée par la décision du 9 octobre 2015) ou de suspicion de fraude, la demande peut être placée en procédure accélérée. Sinon, elle suit la procédure dite normale.

L'agent de l'OFII évalue quant à lui la situation de la personne. Il ouvre les droits à l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) et recherche une solution de logement. Les demandeurs d'asile peuvent bénéficier d'un logement en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), en fonction des disponibilités.

Le guichet unique fournit alors une attestation de demande d'asile, valable un mois (et renouvelable), ainsi que le formulaire de demande d'asile à envoyer dans les 21 jours à l'OFPRA.

L'OFPRA reçoit le dossier contenant ce formulaire avec l'état civil et tout l'argumentaire de la personne, puis convoque la personne en entretien (voir [Annexe 1](#)). L'Office rend une décision dans les 6 mois (cela peut aller jusqu'à 21 mois dans certains cas particuliers).

L'OFPRA se prononce sur les différents types de protection. Le demandeur peut ainsi obtenir un statut de réfugié comme défini par la Convention de Genève de 1951, ou bien l'asile constitutionnel dans le cas d'une persécution liée à un « *engagement dicté par des considérations d'intérêt général et non d'ordre personnel* » « *en faveur de l'instauration d'un régime démocratique ou pour défendre les valeurs qui s'y attachent* » (OFPRA, 2016). Cet asile peut concerner des intellectuels, des militants associatifs, des artistes ou des journalistes par exemple.

Dans le cas où la personne ne répond pas au statut de réfugié mais qu'un retour dans son pays est évalué comme trop dangereux (risque réel d'exécution, tortures, conflit armé) une protection subsidiaire pourra lui être accordée. Les demandeurs obtiennent alors une carte de séjour temporaire d'un an renouvelable.

Dans le cas de refus, le demandeur dispose d'un mois pour demander un recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA).

En moyenne, toute la procédure peut prendre environ quinze mois...

En 2018, l'OFPRA a enregistré 122 743 demandes, avec une hausse de 22% par rapport à l'année précédente.

Premières demandes	113 322
dont mineurs accompagnants	21 457
Réexamens	9 129
Réouvertures	292
<b>Total des demandes</b>	<b>122 743</b>

Tableau 1 : Enregistrements de demandes d'asile en 2018

Source : OFPRA, données de l'asile 2018

Les pays d'origine les plus fréquents des demandeurs sont l'Afghanistan (10 221 demandes), l'Albanie (8 261), la Géorgie (6 717), la Guinée (6 621) et la Côte d'Ivoire (5 256).

Plus de 46 700 personnes ont obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire en France en 2018 (OFPPA, 2019). Cela correspond à environ 38% des demandes.

### 3. L'accès aux soins pour les personnes migrantes

La loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile a pour but de renforcer les droits fondamentaux des demandeurs d'asile. Elle vise, entre autres, à faciliter l'accès à l'hébergement et renforcer le suivi social. Son objectif est d'améliorer le diagnostic et la prise en compte des vulnérabilités de cette population (Ministère de l'Intérieur, 2015).

L'OMS\* (cf glossaire p.1) rappelle que « *chacun des réfugiés et des migrants doit avoir pleinement accès, en permanence, à un environnement accueillant et, si nécessaire, à des soins de santé de qualité, sans discrimination en raison de son sexe, de son âge, de sa religion, de sa nationalité ou de sa race* » (OMS, 2019). « *La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun* » (Légifrance, 2016) souligne l'article L. 1411-1 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de la modernisation de notre système de santé.

Ainsi, une Aide Médicale d'État (AME) a été introduite dès 1999 pour permettre l'accès aux soins aux étrangers en situation irrégulière. Elle est attribuée sur dossier pour un an.

La Protection Universelle Maladie (PUMA, anciennement appelé Couverture maladie universelle CMU) peut être demandée par les demandeurs d'asile auprès la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en fournissant une attestation de domicile et une preuve de demande d'asile. Elle concerne également les étrangers en situation régulière résidant depuis plus de trois mois en France.

Des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier garantissent la prise en charge par l'État de consultations externes, actes diagnostiques et thérapeutiques et traitements pour les personnes en situation de précarité.

Enfin, de nombreuses associations accompagnent les migrants, notamment les demandeurs d'asile : le Comède, Avre ou Primo Levi par exemple sont subventionnées par les pouvoirs publics. Certaines proposent des suivis psychologiques occasionnels, ou des programmes de suivi post-traumatiques comme Protect Able, Times for Needs ou Parcours d'exil.

Malgré ces mesures, « 12 % des migrants interrogés ont renoncé aux soins, notamment parce qu'ils n'ont pas de couverture maladie » (Vaugrente, 2017). Dans son rapport de mai 2016, le Défenseur des Droits indique que 80 % des migrants irréguliers en France n'ont pas accès à l'AME pourtant créée dans ce but (Le Défenseur des droits, 2016).

L'avance et la participation aux frais de soins sont un obstacle majeur. Les difficultés de compréhension par rapport à l'accès aux structures, le manque d'accès à l'information (beaucoup de personnes ne savent tout simplement pas qu'elles y ont droit), la lenteur des procédures ou la peur de la dénonciation et des contrôles sont autant de raisons qui font que de nombreux réfugiés et migrants renoncent à se soigner (Comiti & Patureau, 2005).

À cela s'ajoutent des difficultés de se faire comprendre par le personnel soignant : à cause de la barrière de la langue mais aussi à cause des dimensions culturelles du rapport au corps et à la santé. Les malentendus sont fréquents (Hintermeyer, Le Breton, & Profita, 2015). De nombreuses personnes migrantes refusent les soins psychiatriques par exemple (Vaugrente, 2017). Pour Comiti et Patureau, les principaux obstacles sont « *le manque de formation et de coordination des professionnels auquel s'ajoute parfois un manque de motivation et de disponibilité pour traiter la globalité de situations socio-sanitaires complexes* » (Comiti & Patureau, 2005, p.131).

## **C. Ergothérapeutes et personnes migrantes**

### **1. Des besoins en santé mentale**

Les mouvements de populations favorisent l'apparition « *de troubles psychosociaux, de problèmes de santé génésique (autour de la sexualité), d'une mortalité néonatale accrue, de troubles de la nutrition, de toxicomanie, d'alcoolisme et d'exposition à la violence* » (OMS, 2019). Les migrants et réfugiés sont donc une population particulièrement vulnérable aux maladies, transmissibles et non transmissibles.

Le Comité pour la santé des exilés (Comède) met en avant les enjeux liés à la santé mentale. Une part importante des personnes reçues lors de leurs consultations ont subi des situations de violence.

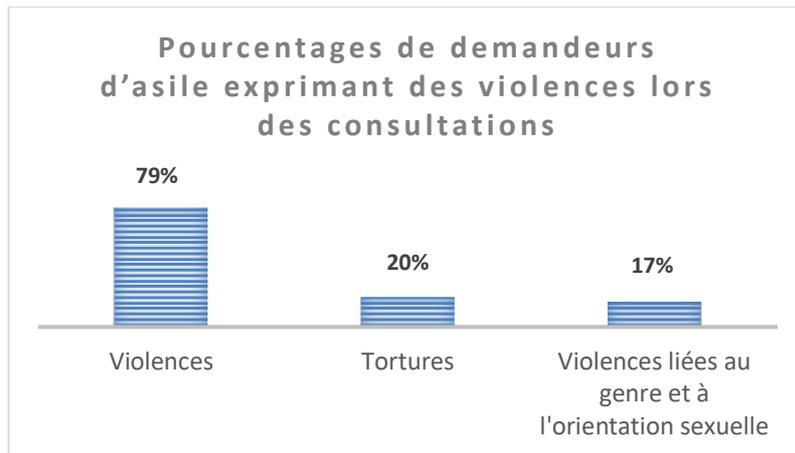


Figure 2 : Pourcentages de demandeurs d'asile exprimant des violences lors des consultations

Source : Newsletter Forum réfugiés-Cosi n°32 - septembre 2017

Des troubles psychiques graves ont été constatés chez 17% des personnes. Ce sont majoritairement des syndromes post-traumatiques.

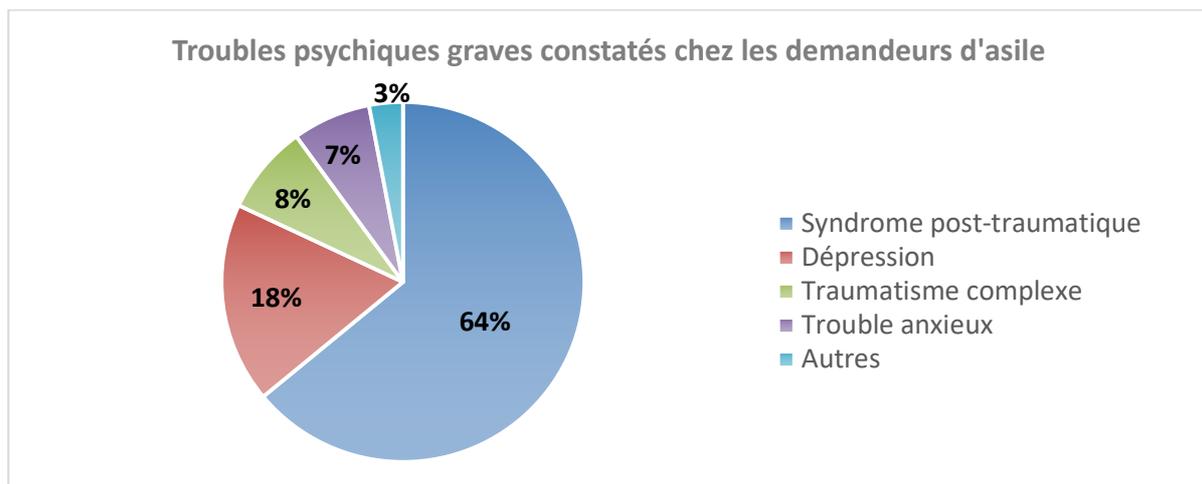


Figure 3 : Troubles psychiques graves constatés chez les demandeurs d'asile

Source : Newsletter Forum réfugiés-Cosi n°32 - septembre 2017

À ces troubles s'ajoutent des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (pour 54% des demandeurs d'asile), des idées suicidaires (28%) et des situations d'urgence psychiatrique (8%).

37% des patients sont en situation d'hébergement précaire (Forum réfugiés-Cosi, s. d.).

## 2. Le rôle des ergothérapeutes

Face à ces besoins, les ergothérapeutes s'interrogent sur leur participation. L'accompagnement des personnes migrantes est un sujet de plus en plus abordé lors des congrès (comme le congrès 2018 ENOTHE\*) (cf glossaire p.1), et des réseaux et forums internationaux d'ergothérapeutes sur le sujet se développent, comme le site Occupational Opportunities for Refugees and Asylum Seekers (OOFRAS).

Le document de synthèse sur le déplacement humain de 2012 de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) stipule que *les ergothérapeutes sont bien placés pour jouer un rôle important en permettant aux personnes déplacées de relier les contextes anciens et actuels tout en répondant aux besoins humains, aux droits de l'homme et à la santé par la participation à des occupations valorisées et significatives*<sup>1</sup> (traduction libre) (WFOT, 2012).

En proposant des interventions basées sur les occupations et les capacités de la personne, les ergothérapeutes aident les personnes migrantes à retrouver un sens et une structure dans la vie quotidienne. Ils favorisent ainsi leur indépendance, l'amélioration de la santé mentale ainsi que leur intégration dans la communauté (Blankvoort, Moore, Roos, & Schiller, 2018).

Depuis quelques années se développe le concept de justice occupationnelle, sur lequel peuvent s'appuyer les ergothérapeutes s'intéressant au handicap social.

---

<sup>1</sup> « *Occupational therapists are positioned to play a significant role in enabling displaced people to bridge former and current contexts and meet human needs, human rights and health through participation in valued and meaningful occupations* » (dans le texte).

## II. L'ergothérapie et la justice occupationnelle

### A. Vers une ergothérapie plus sociale ?

« *L'ergothérapie n'est plus tant la thérapie par l'activité qu'un ensemble d'interventions en vue de la promotion des occupations des personnes ou des groupes pour leur permettre une meilleure participation sociale* » (Meyer, 2013, p.154).

La justice occupationnelle explicite le droit de chacun et le besoin de participer activement au quotidien, permettant et facilitant la participation sociale. Ce concept montant traduit un nouvel engagement social des ergothérapeutes (Lievin, 2016).

À travers le concept de justice occupationnelle, les ergothérapeutes ambitionnent de mobiliser des ressources dans l'objectif de créer des communautés, des sociétés occupationnelles justes et équitables fondées sur la personne, ses besoins et ses droits (Townsend, Jongbloed, Stadnyk, & Drummond, 2013), en favorisant l'inclusion. Ils interviennent alors dans le domaine de la santé publique, de l'associatif ou encore du communautaire. Selon Monin et Desrosier (2017), cela sous-entend la promotion de nouveaux rôles et l'adoption d'une posture de défenseurs des droits (à l'occupation) des populations issues de l'exclusion sociale.

### B. Ergothérapie et justice occupationnelle

#### 1. L'ergothérapie comme science de l'occupation

Ce changement de vision est accompagné d'un changement de vocabulaire. Depuis quelque temps déjà, certains termes usuels ont été remplacés par des notions plus anglo-saxonnes et laissent place à de nouveaux concepts.

Ainsi, je fais référence dans mon écrit à l'« occupation », tel que défini par le groupe de travail du réseau européen des écoles d'ergothérapie l'ENOTHE : « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs* » (Meyer, 2013, p.59). Cette définition va donc au-delà de l'activité, « *une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* » (Meyer, 2013, p.59).

## 2. Définitions de la justice occupationnelle

La justice est un principe général selon lequel toute personne doit être traitée de manière juste et équitable. Elle peut être sociale, économique, occupationnelle...

La justice occupationnelle a été définie pour la première fois en 1998 par Wilcock comme *la promotion du changement social et économique pour accroître la conscience individuelle, communautaire et politique, les ressources et les opportunités équitables pour des opportunités occupationnelles variées qui permettent aux personnes de réaliser leur potentiel et d'expérimenter leur bien-être*<sup>2</sup> (traduction libre) (Wilcock, 1998, p. 257).

Il proposera une nouvelle définition simplifiée avec Townsend en 2000 : *une opportunité et des ressources équitables pour permettre aux personnes de s'engager dans des occupations significatives*<sup>3</sup> (traduction libre) (Wilcock & Townsend, 2000, p.85).

Par la suite, Nilsson et Townsend ont décrit la justice occupationnelle *selon une perspective occidentale comme une justice de la différence : une justice reconnaissant les droits occupationnels indépendamment de l'âge, des capacités, du sexe, de la classe sociale ou d'autres différences*<sup>4</sup> (traduction libre) (Nilsson & Townsend, 2010, p.58).

Si ce concept n'est pas récent, peu de théoriciens l'ont réellement défini. Les principaux auteurs jusqu'en 2014 étaient Townsend, Wilcock, Whiteford et Stadnyk (Wilcock & Townsend, 2000). Le manque de clarté autour de ce concept et des confusions entre la justice occupationnelle et sociale sont parfois mis en avant (Hammell & Beagan, 2017).

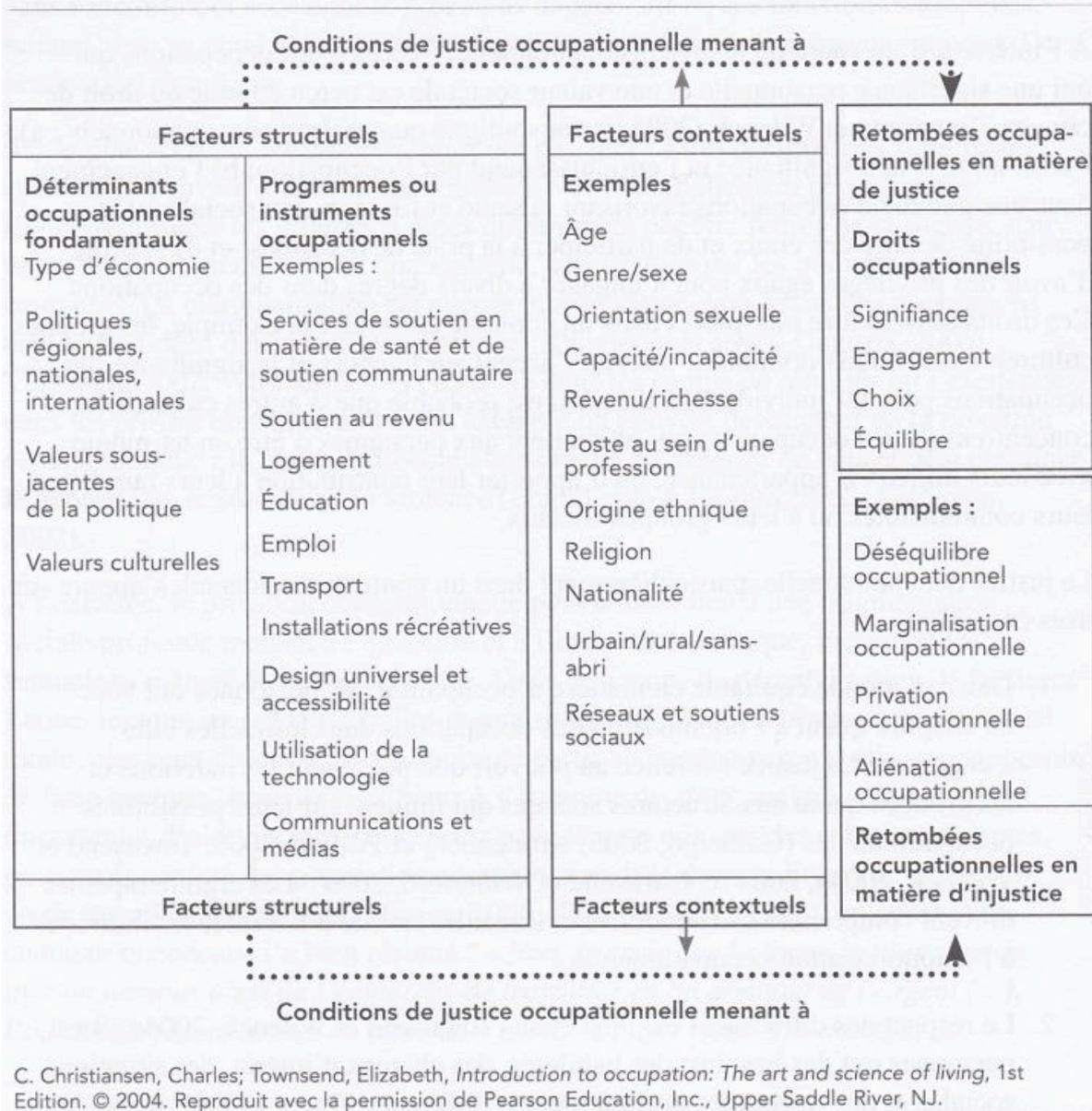
---

<sup>2</sup> « *the promotion of social and economic change to increase individual, community, and political awareness, resources, and equitable opportunities for diverse occupational opportunities which enable people to meet their potential and experience well-being* » dans le texte.

<sup>3</sup> « *equitable opportunity and resources to enable people's engagement in meaningful occupations* » dans le texte.

<sup>4</sup> « *from a Western perspective as a justice of difference: a justice to recognize occupational rights regardless of age, ability, gender, social class, or other differences* » dans le texte.

**Figure 3.2** Cadre de référence canadien de la justice occupationnelle : déterminants, instruments, contextes et retombées occupationnelles



*Figure 4 : Cadre de référence de la justice occupationnelle*

Source (Polatajko, Molke, et al., 2013)

### 3. Les injustices occupationnelles

Le concept de justice occupationnelle permet de définir des injustices occupationnelles. Les injustices occupationnelles apparaissent comme *des conditions socialement construites et structurées génératrices d'expériences occupationnelles stressantes*<sup>5</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004a, p.51) ; mais peuvent également être perçues le résultat de ces conditions : l'injustice occupationnelle serait alors *le résultat des politiques sociales et d'autres formes de gouvernance qui structurent la manière dont le pouvoir est exercé pour limiter la participation aux occupations quotidiennes des populations et des individus*<sup>6</sup> (traduction libre) (Nilsson & Townsend, 2010, p.58).

Cinq injustices sont principalement décrites dans la littérature.

Townsend et Wilcock identifient d'abord trois résultats d'injustices occupationnelles (Townsend & Wilcock, 2004a) : la privation occupationnelle, d'abord nommé par Whiteford (Whiteford, 2000), l'aliénation occupationnelle et le déséquilibre occupationnel. Ils y ajoutent la marginalisation occupationnelle (Townsend & Wilcock, 2004b).

On associe également dans la littérature aux injustices occupationnelles l'apartheid occupationnel tel que décrit dès 2002 (Simó-Algado, Mehta, Kronenberg, Cockburn, & Kirsh, 2002).

#### • La privation occupationnelle

Whiteford a d'abord défini la privation occupationnelle comme *un état d'empêchement à l'exercice d'occupations nécessaires et/ou signifiantes en raison de facteurs qui échappent au contrôle immédiat de l'individu*<sup>7</sup> (traduction libre) (Whiteford, 2000, p.201). *La privation occupationnelle peut également survenir lorsque les populations ont un choix limité d'occupations en raison de leur emplacement isolé, de leurs capacités ou d'autres circonstances*<sup>8</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004a, p.81).

C'est le cas des personnes emprisonnées ou des personnes migrantes dans un camp de réfugiés par exemple.

---

<sup>5</sup> « *socially structured, socially formed conditions that give rise to stressful occupational experiences* » dans le texte.

<sup>6</sup> « *an outcome of social policies and other forms of governance that structure how power is exerted to restrict participation in the everyday occupations of populations and individuals* » dans le texte.

<sup>7</sup> « *a state of preclusion from engagement in occupations of necessity and/or meaning due to factors that stand outside the immediate control of the individual* » dans le texte.

<sup>8</sup> « *Occupational deprivation may also arise when populations have limited choice in occupations because of their isolated location, their ability or other circumstances* » dans le texte.

### • L'aliénation occupationnelle

Le terme « aliénation » a d'abord été défini (différemment) dans d'autres disciplines sociales et philosophiques, ce qui peut entraîner des incompréhensions avec des collègues travailleurs sociaux ou les éducateurs (Hammell & Beagan, 2017).

Pour les ergothérapeutes, si certaines occupations nous enrichissent mentalement et spirituellement, d'autres peuvent être vécues comme dépourvues de sens ou ennuyeuses (Stadnyk, Townsend, & Wilcock, 2010). L'aliénation occupationnelle serait donc *une participation humiliante, sans âme, épuisante, coercitive à des occupations sans sens [pour les personnes]*<sup>9</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004b, p.81). Pour ces auteurs, il s'agit du résultat final lorsque la vie quotidienne est perçue sans but (Townsend & Wilcock, 2004a).

Les activités très standardisées, répétitives et n'offrant pas ou peu de prise de décision et de créativité peuvent engendrer un sentiment d'aliénation occupationnelle (Stadnyk et al., 2010). On peut donner l'exemple des travailleurs à la chaîne.

Cependant, les représentations sociales et culturelles jouent un rôle dans ces ressentis. Pour une personne migrante dont les occupations principales tournent autour de sa famille, un travail normé et répétitif peut être vécu comme une contribution valorisante pour l'avenir de ses enfants (Heigl, Kinébanian, & Josephsson, 2011).

### • Le déséquilibre occupationnel

Le déséquilibre occupationnel peut se représenter au niveau de la répartition des occupations, que ce soit par rapport à leur qualité (leur nature) ou par rapport à leur quantité.

En effet, pour Townsend et Wilcock, une variation dans l'engagement occupationnel des individus est nécessaire pour la santé et le bien-être (Townsend & Wilcock, 2004a). Un déséquilibre pourrait s'illustrer par exemple par une mère célibataire dont toutes les occupations se font pour et au profil de ses enfants. De même, *certaines personnes sont sur-occupées ou surchargées sur le plan occupationnel, tandis que d'autres sont sous-occupées ou défavorisées sur le plan occupationnel*<sup>10</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004a, p. 253).

---

<sup>9</sup> « *demeaning, soulless, tiresome, coercive participation in occupations [people] find meaningless* » dans le texte.

<sup>10</sup> « *some people are overoccupied [sic], or occupationally overburdened, and others are underoccupied [sic], or occupationally deprived* » dans le texte.

### • La marginalisation occupationnelle

La marginalisation occupationnelle est évoquée pour la première fois dans le but de *parler de la nécessité pour les humains d'exercer des micro-choix quotidiens et un pouvoir de décision lorsque nous participons à des occupations*<sup>11</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004b, p.81).

Sa définition s'est précisée à l'injustice vécue par des groupes spécifiques dont l'exclusion sociale limite l'accès aux occupations et donc à leur autonomie (Stadnyk et al., 2010), *lorsque certains groupes sociaux, plus que d'autres, se voient refuser des choix et des décisions quant à leur participation à des occupations quotidiennes, résultant souvent d'attentes invisibles, de normes et de standards*<sup>12</sup> (traduction libre) (Townsend & Polatajko, 2007, p.371).

De nombreux exemples peuvent être proposés autour des personnes en situation de handicap, les personnes sans abri, les personnes migrantes...

### • L'apartheid occupationnel

L'apartheid occupationnel est apparu dans la littérature en 2002 (Simó-Algado et al., 2002), avant d'être défini *par la restriction ou le refus d'accès à la participation signifiante et significative aux occupations de la vie quotidienne sur la base de la race, de la couleur, du handicap, de la nationalité, de l'âge, du sexe, de la préférence sexuelle, de la religion, des convictions politiques, du statut dans la société ou d'autres caractéristiques*<sup>13</sup> (traduction libre) (Kronenberg & Pollard, 2005, p.67).

Pour ces auteurs, cette ségrégation a des conséquences sociales, politiques, culturelles et économiques qui mettent en péril la santé et le bien-être vécus par les individus mais aussi les communautés et les sociétés. Pour certains auteurs, ce concept inclut la marginalisation occupationnelle (Hammell & Beagan, 2017).

On peut constater alors qu'une même population comme celle des réfugiés peuvent être touchées par plusieurs types d'injustices occupationnelles.

Ces injustices vont limiter leur accès et leur participation aux occupations, rendant leur inclusion dans la société plus difficile.

---

<sup>11</sup> « *speak[ing] to the need for humans to exert micro, everyday choices and decision making power as we participate in occupations* » dans le texte.

<sup>12</sup> « *when some social groups more than others are denied or restricted in making choices and decisions about their participation in everyday occupations, often resulting from invisible expectations, norms, and standards* » dans le texte.

<sup>13</sup> « *through the restriction or denial of access to dignified and meaningful participation in occupations of daily life on the basis of race, colour, disability, national origin, age, gender, sexual preference, religion, political beliefs, status in society, or other characteristics* » dans le texte.

## C. Inclusion et participation sociale

### 1. Inclusion, plus que l'intégration

À l'immigration est souvent associé le terme « intégration ». L'intégration est le fait de s'insérer dans une société et suppose l'adaptation des individus à la société.

On trouve parfois ce terme confronté au terme anglo-saxon d'« inclusion », qui prend en compte les différences et besoins de chacun.

L'« inclusion » a été définie par le sociologue allemand Niklas Luhmann. Ce dernier décrit un modèle social complexe intégrant le conflit (Luhmann, 1995). Une société est constituée d'individus qui doivent se comporter en fonction des autres, tout en ayant leurs propres motivations et différences. Elle se construit donc pour devenir plus que la somme des individus qui la compose (Sagnol, 1987). Pour se faire, elle pose ses propres limites, excluant ce qui est trop différent.

Il oppose ainsi l'« exclusion », soit la mise à l'écart en raison d'un trop grand éloignement avec le mode de vie dominant dans la société, au terme d'« inclusion ».

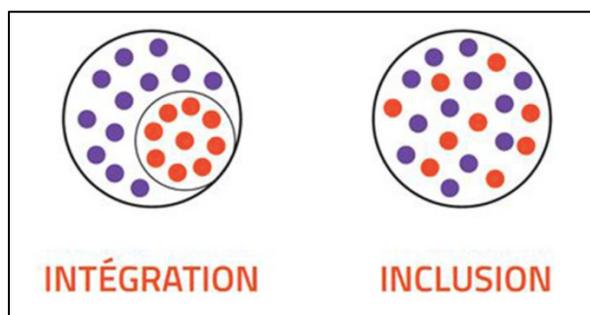


Figure 5 : Schéma représentant la différence entre intégration et inclusion

Source : Schéma de l'association TOUPI repéré à <https://www.bloghoptoys.fr/inclusion>

« L'inclusion sociale consiste à faire en sorte que tous les individus aient les moyens de participation en tant que membres valorisés, respectés et contribuent à leur communauté et à la société » (Charras, Reintjens, & Trouvé, 2016).

Si l'inclusion est le résultat au niveau de la société, la participation sociale est l'action de s'engager et de s'adapter dans le but d'arriver à cet état d'inclusion (Weber, 2004).

## 2. La participation sociale

*Les différentes formes de participation (faire, être et devenir à travers l'occupation), sont essentielles afin de promouvoir la santé, le bien-être et l'inclusion sociale dans les contextes culturels, économiques, institutionnels, sociaux et politiques.*<sup>14</sup> (traduction libre) (Townsend & Wilcock, 2004b, p.80).

La participation de manière générale est : « *L'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées* » (Meyer, 2013, p.170).

La participation sociale peut être définie comme « *une action de participer à quelque chose, d'avoir un droit de regard, de libre discussion et d'intervention de ceux qui, dans une communauté, devraient en subir la loi, le règlement* » (dictionnaire Robert, 1990).

Dès 1998, le PPH\* (cf glossaire p.1) définit la participation sociale comme étant « *la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie* ».

Les ergothérapeutes favorisent la participation sociale en prenant en compte le contexte.

Ils ont alors à disposition de nombreux outils.

---

<sup>14</sup> « *Various forms of participation –doing, being, or becoming through occupations – is essential in promoting health, well-being, and social inclusion in various cultural, economic, institutional, social and political contexts.* » dans le texte.

### III. L'approche communautaire

#### A. Prendre en compte la culture : le modèle Kawa

##### 1. Histoire et particularités du modèle Kawa

Parmi les modèles conceptuels servant de cadre à la pratique de l'ergothérapie, il en est un qui prend tout particulièrement en compte le contexte social et les particularités culturelles de chacun : le modèle Kawa.

Le modèle Kawa a été imaginé par Michael Iwama et un groupe de chercheurs japonais dans les années 2000.

Cela est parti du constat de Iwama que lui-même, des ergothérapeutes et les patients (clients) japonais éprouvaient des difficultés à s'approprier les modèles conceptuels de l'ergothérapie, issus principalement des pays occidentaux. Il explique ces difficultés par des différences culturelles : différentes visions de la place de l'homme dans la nature ou dans un groupe, de l'explication des événements... Il s'est alors interrogé sur ce que l'ergothérapie signifiait dans sa culture et comment elle pouvait être expliquée. À l'issue de ce travail, ils ont abouti à une représentation métaphorique de la vie et des éléments la constituant, prenant la forme d'une rivière, *Kawa* en japonais. (Iwama, 2006).

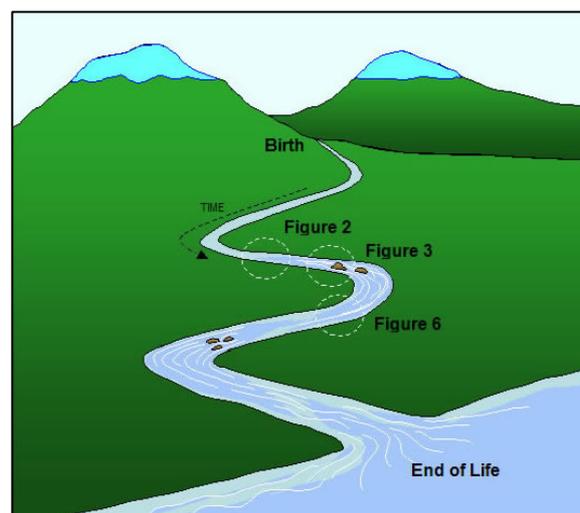


Figure 6 : Dessin de la rivière (Iwama, 2006)

Source : Rivière repéré à <http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>

## 2. Description et définitions des termes

Le modèle Kawa se veut respectueux de la culture de chacun, et laisse une grande place à l'expression et la vision de la personne.

C'est à la fois un outil d'évaluation subjective de la situation de la personne et un modèle pour discuter des objectifs et les moyens à mettre en place. En effet, la personne doit elle-même représenter l'état dans lequel elle se sent. Si elle se trouve dans l'incapacité de dessiner, l'ergothérapeute fait le schéma à sa place au plus proche de ce qu'elle exprime.

Deux dessins peuvent ainsi être réalisés : un dessin de la rivière d'ensemble et une coupe de la rivière. La version globale de la rivière, partant des montagnes (représentant la naissance), permet de retracer le passé de la personne et mettre en avant les moments qu'elle a pu traverser. La coupe permet de représenter l'état actuel dans lequel elle se trouve.

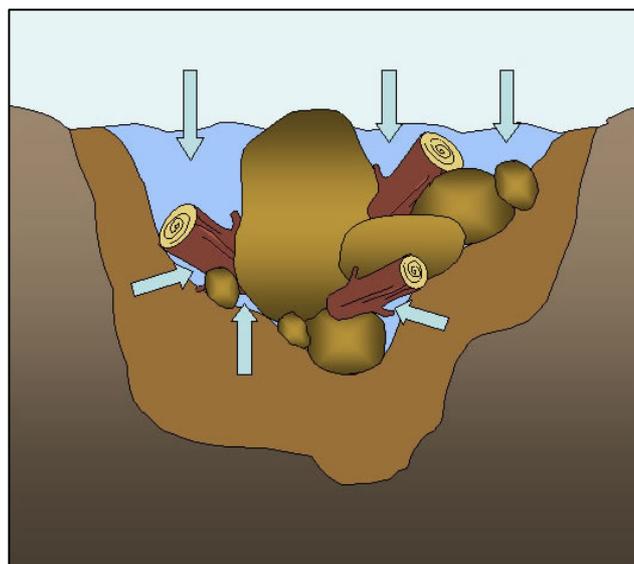


Figure 7 : Coupe de la rivière (Iwama, 2006)

Source : Coupe de la rivière repérée à <http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>

La rivière est composée de différents éléments :

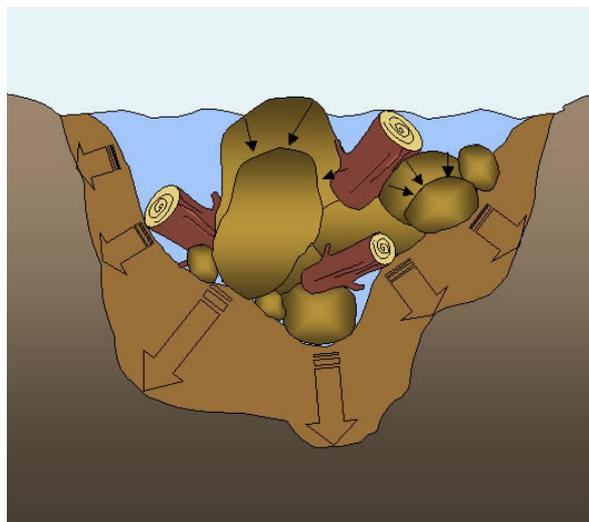
- L'eau (*Mizu*) représente la vie et la santé ;
- Le lit de la rivière et ses rives représentent l'environnement (*Torimaki*) physique et social. La couche supérieure concerne tout ce qui constitue l'entourage et les soutiens, la couche inférieure est plus liée au contexte socio-politique. Leur aspect va influencer le cours de l'eau ;

- Les rochers (*Iwa*) vont symboliser les problèmes et défis actuels pour la personne. Leurs positions et tailles, la façon dont ils bloquent la rivière révèlent la manière dont ils sont perçus par la personne ;

- Les bois à la dérive (*Ryuboku*) sont les atouts et handicaps de la personne. Ses facteurs personnels, comme ses compétences ou certains traits de caractère peuvent faire blocage avec les rochers ou au contraire faire pression contre les rochers pour les chasser.

La réalisation de cette représentation peut mettre en lumière de façon métaphorique les ressentis et difficultés perçues par la personne. Le détail des éléments sert de base pour élaborer ensemble des solutions :

- Fissurer directement le rocher, soit s'attaquer directement au problème ;
- Utiliser les bouts de bois pour dégager les rochers, utiliser ses ressources et atouts pour mettre en place des stratégies et des compensations ;
- Canaliser la force de la rivière dans les espaces où l'eau circule encore bien, de manière à se concentrer sur le positif et développer les occupations accessibles ;
- Élargir le lit de la rivière, soit agir sur l'environnement.



*Figure 8 : Coupe de la rivière. L'ergothérapeute et le client agissent ensemble pour rétablir le courant de la vie (Iwama, 2006)*

Source : Coupe de la rivière repérée à <http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>

Après la mise en place des différentes stratégies proposées, la comparaison des dessins par ordre chronologique permet une évaluation visuelle des évolutions (ou non).

### 3. Avantages et limites du modèle

Ce modèle a l'avantage d'être simple et illustré. Le dessin peut être une médiation efficace pour une première rencontre, et permet de faire face aux difficultés de traductions et de niveaux de langages. Son utilisation auprès d'une population souffrant de troubles psychiques (schizophrénie) a mis en valeur l'apport de la subjectivité pour une meilleure compréhension et accompagnement de la personne dans son parcours (Iwama, 2006).

Cependant, si « *les études ont montré qu'il respecte la culture des personnes concernées et qu'il peut être aussi utilisé dans notre contexte occidental* » (Morel-Bracq, 2017, p.99), ce modèle reste plus adapté aux personnes venant de cultures plus collectives qu'individualistes avec des visions plus holistiques que réductives des phénomènes de la vie. Il a été créé dans un contexte japonais où le soi est intimement lié avec les autres (l'indépendance et l'autonomie n'ont pas la même valeur qu'en Occident) : certains peuvent avoir des difficultés à se placer en tant qu'individu dans ce modèle.

Iwama encourage alors l'adaptation de ce modèle en fonction de chacun, remplaçant certains éléments par d'autres objets plus significatifs pour la personne comme des fleurs à la place des bouts de bois ou un vélo rouillé à la place des rochers par exemple.

Ce modèle plutôt adaptable permet de représenter des situations individuelles mais aussi de mettre en valeur les problèmes et les ressources d'un groupe de personnes ou d'une communauté.

## B. L'approche communautaire

### 1. Définitions

La communauté est un « *groupe de personnes vivant ensemble et/ou ayant des intérêts communs* » (L'Internaute, s. d.-b). On entend par communauté un groupe social de personnes qui se reconnaissent ou qui sont reconnus par des gens extérieurs comme ayant des caractéristiques communes : une même culture, origine, langue, mode de vie, religion, qui partagent des valeurs ou des intérêts communs (UNHCR, 2008). Ces personnes se regroupent et interagissent, ce qui leur confère un sentiment d'appartenance.

On appartient tous à de nombreuses communautés.

Aujourd'hui, le terme « communautaire » peut être mal perçu car associé au communautarisme dans son sens péjoratif de « tendance à privilégier la place des communautés dans l'organisation sociale » (L'Internaute, s. d.-a) et au repli identitaire, culturel et communautaire.

Loin de ces débats, il s'agit ici de replacer l'intervention dans le contexte de la communauté dans lequel elle a lieu.

## **2. Les bases de l'approche communautaire**

L'approche communautaire s'est d'abord développée dans le cadre de la promotion de la santé, basée sur les droits (UNHCR, 2008).

Elle prend en compte que les comportements individuels sont difficiles à changer mais peuvent évoluer dans le cadre d'une implication dans une action collective. « *Faciliter le changement social repose sur un continuum et est interdépendant de la facilitation du changement individuel. Le changement au sein de collectivités, d'organisations ou de populations influence les individus concernés.* » (Townsend, Polatajko, & Association canadienne des ergothérapeutes, 2008).

L'implication des personnes est nécessaire, il ne s'agit pas de « faire pour » mais « faire avec » les personnes (Planète Publique, 2011).

L'approche communautaire s'appuie donc sur une base locale, collective et communautaire (famille, village, communauté...) de manière à repérer de façon collective les problèmes mais aussi les ressources que possède la population. Sa mise en œuvre se base sur les dynamiques sociales, avec des ébauches de solutions, des micro-réalisations et la mise en place de réseaux de solidarité.

Tous les acteurs, c'est-à-dire les décideurs, les professionnels, les usagers et bénéficiaires, sont concernés et amenés à prendre part. L'organisation est de type horizontale, valorisant les apports et compétences de chacun. Elle a une visée durable (Morel, 2007).

## **C. Un outil : la Réadaptation à Base Communautaire (RBC)**

### **1. Une stratégie de l'OMS à l'étranger**

Le terme de RBC a été choisi ici car c'est la traduction littérale utilisée par l'OMS (*community-based rehabilitation*) mais on peut retrouver dans la littérature française le terme de « développement inclusif (à base communautaire) ».

La RBC a vu le jour dès les années 1960 et est introduite officiellement par l'OMS à la conférence internationale d'Alma Ata en 1978 :

« La Réadaptation à Base Communautaire est une stratégie faisant partie du développement communautaire général qui vise à la réadaptation, à l'égalité des chances et à l'intégration sociale de toutes les personnes handicapées. La Réadaptation à Base Communautaire est mise en œuvre grâce aux efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leurs familles, organisations et communautés, et des services gouvernementaux et non gouvernementaux de santé, d'éducation, de formation professionnelle, sociaux et autres services compétents. Les objectifs majeurs de la Réadaptation à Base Communautaire sont les suivants :

1. Faire en sorte que les personnes handicapées puissent maximiser leurs aptitudes physiques et mentales, accéder aux services et opportunités offerts à toute la population et devenir des contributeurs actifs à la communauté et à la société dans son ensemble.
2. Dynamiser les communautés pour qu'elles promeuvent et protègent les droits humains des personnes handicapées par des réformes consistant par exemple à éliminer les obstacles à la participation des personnes handicapées. »

En effet, dans certains pays, l'accès à des soins adaptés est difficile. Les conditions de vie poussent les individus à chercher en premier lieu à combler leurs besoins primaires (besoins physiologiques et de sécurité) tels que définis dans la pyramide de Maslow.

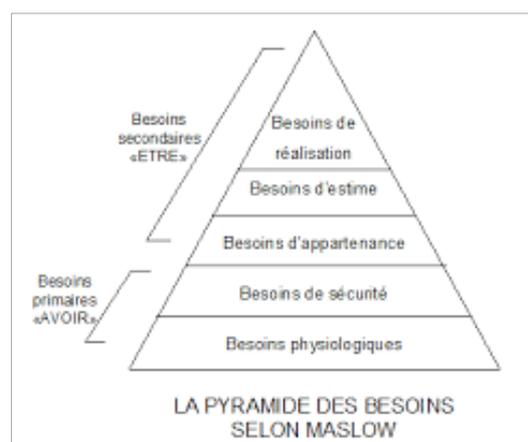


Figure 9 : La pyramide des besoins selon Maslow

Source : Schéma de la pyramide trouvé sur <http://e-reputation-pourtous.over-blog.com/article-la-e-reputation-expliquee-par-la-pyramide-de-maslow-50233371.html>

L'accompagnement des personnes handicapées ne se trouve ainsi plus être une priorité dans un contexte pragmatique de survie (Townsend, Jongbloed, Stadnyk, & Drummond, 2013).

À cela s'ajoute souvent des croyances, de la peur et une méconnaissance du handicap (Fransen, 2005)(Werner, 1991). Tout ceci contribue à un cercle vicieux : la pauvreté favorise et maintient la situation de handicap qui entraîne encore plus de pauvreté et ainsi de suite (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)(Krefting, 2001)(OMS, 2011).

La RBC se traduit sous forme de programmes et projets, s'appuyant et développant les ressources locales (OMS, 2011). Son but est de favoriser l'insertion des personnes en situation de handicap au sein de la communauté, en se basant sur 5 piliers : la santé, l'éducation, l'environnement, le social et l'autonomisation (« empowerment »).

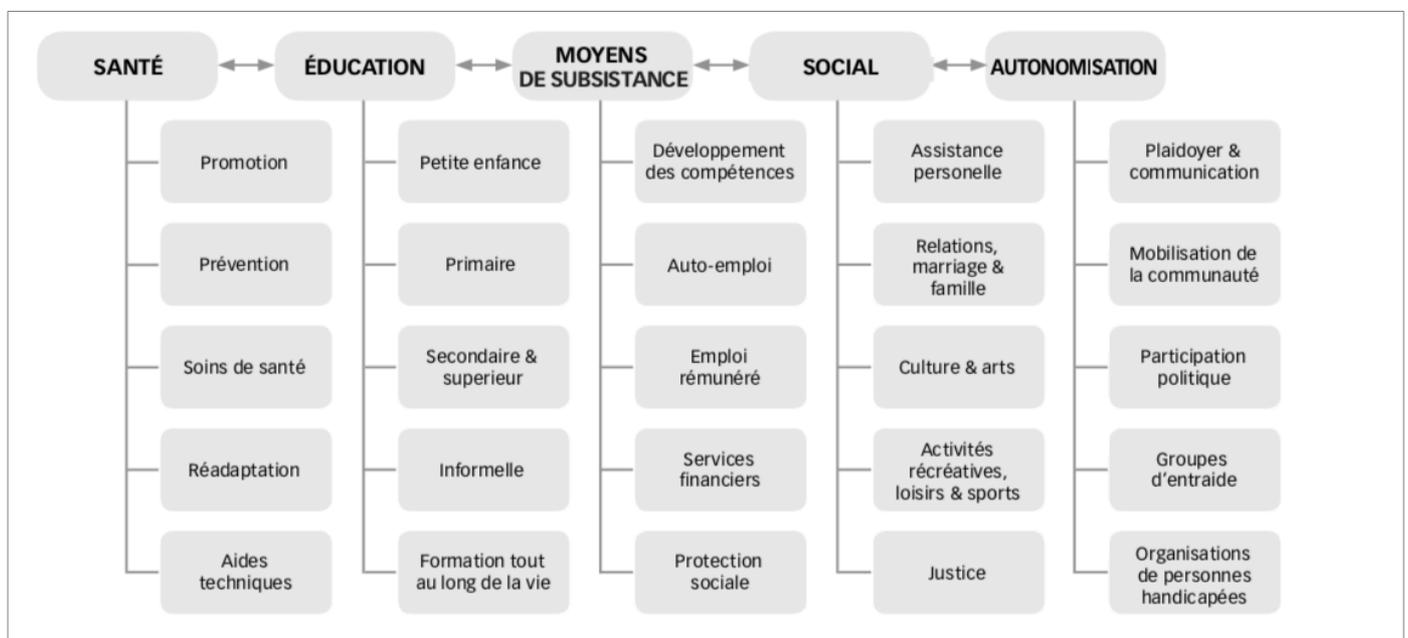


Figure 10 : Matrice de la RBC

Source : Matrice de l'OMS (2003) repéré à

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44523/9789242548051\\_introduction\\_fre.pdf;jsessionid=92B113238F8FD2E22CC6F83BFCE8FEFF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44523/9789242548051_introduction_fre.pdf;jsessionid=92B113238F8FD2E22CC6F83BFCE8FEFF?sequence=1)

Ainsi, ce sont les bénéficiaires qui en sont à l'origine qui font vivre le projet. L'idée est de donner à chacun la possibilité de se réaliser lui-même.

La RBC était au départ un moyen de compenser un service de soins absent ou non accessible pour la majorité. Elle s'est donc principalement développée dans les pays dits « en voie de développement ». Cependant, de plus en plus de projets voient le jour dans des pays occidentaux comme au Royaume-Uni ou au Canada.

## 2. L'ergothérapeute dans la réadaptation à base communautaire

Si cette pratique s'adresse à différents corps de métiers, on y retrouve des préoccupations qui sont ancrées dans les fondements de l'ergothérapie. Les ergothérapeutes ont alors généralement un rôle de formateurs et d'éducateurs dans et avec la communauté pour permettre le transfert des techniques de réadaptation aux acteurs locaux, favoriser la participation de tous, faire le lien entre la communauté et les institutions (Fransen, 2005).

Dans cette pratique, l'ergothérapeute a un rôle de catalyseur et d'organisateur. Il sensibilise la communauté et accompagne les projets communautaires.

## 3. Exemples de projets

Ces projets peuvent prendre des formes multiples, accompagnant des personnes comme un jeune homme dans la création de son magasin de réparation de vélo en Afrique du Sud, ou des groupes et communautés comme la sensibilisation autour la prise en charge d'enfants souffrant de paralysie cérébrale en Turquie (Handimachal & More, 2014). Ainsi, un programme au Népal a favorisé le développement de la langue des signes tibétaine, amélioré l'insertion professionnelle et la protection des droits des personnes en situation de handicap et a permis l'inclusion d'enfants en situation de handicap dans 14 écoles (Handicap International France, 2015).

Depuis quelques années, des projets voient aussi le jour dans des camps de réfugiés. En Jordanie par exemple, les réfugiés d'un camp ont construit un espace de jeux ou cour de récréation adaptée pour tous, accompagnés par des ergothérapeutes et agents communautaires (AlHeresh, Bryant, & Holm, 2013).

À l'issue de ses lectures se pose l'hypothèse suivante :

**À travers une approche à base communautaire, l'ergothérapie et ses professionnels favorisent la participation sociale de la population migrante et leur inclusion.**

# PARTIE RECHERCHE

## I. Objectifs

### A. Rappel de la problématique et de l'hypothèse

La problématique posée était la suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale des personnes migrantes ?**

Elle a mené à l'hypothèse qu'**à travers une approche à base communautaire, l'ergothérapie et ses professionnels favorisent la participation sociale de la population migrante et leur inclusion.**

### B. Objectifs

Dans le but de répondre à cette hypothèse, les trois objectifs vont être étudiés :

Objectifs	Exemples de critères d'évaluation
Identifier les moyens utilisés par l'ergothérapeute dans le cadre de la réadaptation à base communautaire auprès de la population migrante.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Évocation d'une approche ou d'un modèle particulier</li><li>- Vocabulaire utilisé</li><li>- Verbes d'actions</li></ul>
Déterminer les bénéfices et les limites de l'intervention à base communautaire auprès de la population migrante.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adhésion ou non des personnes migrantes à la pratique</li><li>- Nombre de participants au projet</li><li>- Champs lexicaux positifs ou négatifs</li></ul>
Relever l'évolution ou non de la participation sociale des personnes migrantes ayant eu un accompagnement dit communautaire en ergothérapie.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Évolution constatée ou non</li><li>- Champs lexicaux</li></ul>

Tableau 2 : Objectifs et indicateurs de la recherche

## II. Cadre méthodologique

### A. Populations

Pour se faire, deux populations ont été interrogées : des professionnels ergothérapeutes et des personnes migrantes, dans le but d'avoir une représentation de la vision de chacun.

Une pré-enquête sur différents réseaux sociaux et forums a été réalisée en amont pour vérifier que des ergothérapeutes travaillaient bien dans ce domaine et étaient accessibles pour l'enquête (de même pour la population migrante).

Des critères d'inclusion et de non inclusion ont alors été définis pour chaque population.

En ce qui concerne les ergothérapeutes, ont été recherchés des professionnels utilisant une approche communautaire avec un peu de recul sur leur expérience (6 mois de pratique). Il n'y avait pas de limitations géographiques mais, pour des raisons pratiques, il était souhaitable que les ergothérapeutes comprennent et parlent français ou anglais.

Critères d'inclusion	Critères de non inclusion
Ergothérapeutes diplômés	Accompagnement non spécifique aux personnes migrantes
Au moins 6 mois d'expérience auprès de la population migrante	Ne comprenant ou ne parlant pas français ou anglais
Travaillant dans un contexte communautaire / revendiquant une approche communautaire ou RBC auprès de personnes migrantes	

Tableau 3 : Critères d'inclusion et de non inclusion des ergothérapeutes

Pour constituer l'échantillon, j'ai recontacté l'équipe auprès de laquelle j'avais réalisé mon stage dans un contexte communautaire. Des messages ont été postés sur différents forums (OOFRAS, WFOT OTION...) et sur des pages dédiées sur des réseaux sociaux (ForcedMigration4OT...). Des associations ont été sollicitées (Handicap International, le centre Primo Levi...) ; des participants à des conférences (comme le congrès annuel d'ENOTHE) ont été contactés par mail.

Des témoignages de personnes ayant pris ou prenant part à ces programmes ont également été recherchés. Il semblait nécessaire qu'elles aient pu bénéficier d'ergothérapie depuis au moins un mois pour avoir un certain recul sur leur expérience.

Pour des raisons législatives et éthiques, certaines catégories ont été exclues comme les mineurs. Les personnes interrogées devaient être en mesure de s'exprimer clairement, et de comprendre les questions pour les besoins de l'enquête.

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères non inclusion</b>
Personnes réfugiées, migrantes ou en demande d'asile	Personnes ayant obtenu un titre de séjour ou dans la clandestinité
Arrivées depuis au moins 3 mois sur le territoire	Mineurs
Accompagnées en ergothérapie selon l'approche communautaire depuis au moins 1 mois	Personnes souffrant de troubles psychiques graves ou de maladie mentale
	Ne comprenant ou ne parlant pas français ou anglais

*Tableau 4 : Critères d'inclusion et de non inclusion des personnes migrantes*

De par leurs parcours, certains individus ne sont pas à l'aise à l'idée de partager des éléments de leurs vies et peuvent être réfractaires à l'idée d'être enregistrés. C'est pourquoi j'ai été principalement en contact avec des demandeurs d'asile de mon ancien lieu de stage, avec lesquels une relation de confiance était déjà établie.

Les témoignages viennent donc de personnes ayant participé au même programme, ce qui ne donne qu'une représentation limitée des ressentis possibles au vu de la diversité des situations et projets existants.

## B. Outil d'investigation

L'entretien semi-directif a été choisi pour cette recherche. C'est en effet un outil de recherche qualitatif qui permet d'interroger des personnes autour de thèmes prédéfinis. « *L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.* » (Imbert, 2010).

Cet outil est adapté pour comprendre et restituer les témoignages, vécus et expériences (Tétreault, Guillez, Izard, Morel-Bracq, & Association nationale française des ergothérapeutes, 2014) et notamment ici pour l'expression des usages et pratiques propres à des ergothérapeutes. De même, cela favorise l'expression des personnes migrantes, tout en limitant les biais de compréhension liés à la lecture (pas besoins de lire les caractères alphabétiques) ou la langue (reformulations possibles).

De manière à conserver une certaine unicité dans les entretiens, des guides ont été rédigés, un pour chaque population. Ils comportent une quinzaine de questions pour les ergothérapeutes et une dizaine pour les personnes migrantes.

Ainsi pour les ergothérapeutes, les premières questions permettaient d'obtenir le profil du professionnel et la population auprès de laquelle il intervient. Suivaient des questions sur sa pratique professionnelle et ses ressentis par rapport à l'approche communautaire, puis des questions plus spécifiques sur un lien ou non avec la participation sociale des personnes que l'ergothérapeute accompagne. Les dernières questions portaient sur les perspectives imaginées par le professionnel. Enfin, une tribune était laissée pour une participation libre (voir [Annexe 2](#)).

Pour les personnes migrantes, les premières questions permettaient à la personne de se présenter et de raconter son parcours de migration. Les questions suivantes donnaient un aperçu de leurs ressentis par rapport à l'approche communautaire, puis leurs suggestions. Enfin, leurs définitions de l'ergothérapie et de l'approche communautaire ont été demandées. Comme pour les ergothérapeutes, une tribune libre leur a été proposée à la fin des entretiens (voir [Annexe 3](#)).

Certaines questions étaient communes aux deux guides dans le but de faire des comparaisons. Les questions ont été rédigées à partir des objectifs (Blanchet & Gotman, 2001).

La principale difficulté étant de les rendre les plus simples et précises possible pour faciliter la compréhension de tous, ils ont été testés à de multiples reprises. Les deux guides d'entretiens ont été retravaillés avec trois étudiants de la promotion. Deux personnes ne connaissant pas l'ergothérapie et un ergothérapeute ont pu les tester et un ergothérapeute travaillant auprès de personnes migrantes a apporté ses conseils pour simplifier les questions adressées à la population migrante.

L'enquête touchant des ergothérapeutes de part le monde, les guides ont été traduits en anglais et vérifié par une personne bilingue. La réalisation d'un entretien dans une langue étrangère comporte forcément des biais du fait de la diminution de la fluidité et du risque d'erreurs d'interprétation. Cependant, l'entretien a été soigneusement préparé pour compenser les difficultés liées à la langue.

### C. Déroulement de l'enquête

	Moyen de contact	<u>Par mail</u>	<u>Sur les forums et réseaux sociaux</u>	<u>Lieu de stage</u>
<b>Ergothérapeutes</b>	Sollicitations	5	Non mesurable (ForcedMigration4OT : 308 membres inscrits)	1
	Réponses positives obtenues	1	8	1
	Validation d'après les critères d'inclusion et de non inclusion	1	1	1
	<b>Entretiens effectués</b>	<b>1</b>		<b>1</b>
<b>Personnes migrantes</b>	Sollicitations			4
	Réponses positives obtenues			5 (4 plus 1 candidature spontanée)
	Validation d'après les critères d'inclusion et de non inclusion			3
	<b>Entretiens effectués</b>			<b>2</b>

*Tableau 5 : Tableau récapitulatif des sollicitations et réponses à l'enquête*

Suite aux sollicitations, un accord a été donné pour réaliser des entretiens dans une association suisse travaillant dans un contexte communautaire (ancien lieu de stage). Deux jours sur place ont permis de renouer les contacts avec l'équipe et les bénéficiaires, de prendre le temps présenter l'enquête et convenir d'un moment pour les entretiens.

Une ergothérapeute et les cinq personnes migrantes ont accepté de répondre aux questions. Deux personnes migrantes ont dû être écartées car correspondant à au moins un critère d'exclusion et un troisième s'est finalement désisté, ne se sentant pas en état pour témoigner. Un entretien s'est directement réalisé sur place, dans un lieu calme un peu à l'écart pour faciliter la concentration. Pour des questions de disponibilité, les deux autres se sont organisés par la suite au téléphone.

Une ergothérapeute américaine contactée par mail a accepté de participer à l'enquête, un entretien vidéo en anglais s'est alors organisé par Skype en tenant compte du décalage horaire.

Une ergothérapeute irlandaise s'était également manifestée sur les réseaux sociaux mais des difficultés d'emploi du temps n'ont rendu l'entretien possible à ce jour.

Après le recueil du consentement des personnes interrogées, chacun des entretiens s'est déroulé de manière individuelle avec un enregistrement audio. Ils ont tous commencé par un bref rappel du cadre de recherche et du thème. L'hypothèse de recherche n'a pas été donnée dans le but de ne pas influencer les participants.

Les entretiens des personnes migrantes ont duré environ 13 et 18 minutes. Ceux des ergothérapeutes ont quant à eux duré environ 36 et 43 minutes.

#### **D. Traitement des données**

Une analyse thématique a été choisie pour permettre d'analyser au mieux l'ensemble des données recueillies. Cela a permis de repérer les grandes idées abordées lors de chaque entretien et de proposer une analyse plus claire.

Pour faciliter l'analyse, deux grilles d'analyse ont été construites afin de faire ressortir les thèmes et les indicateurs. Les indicateurs étaient les éléments de réponses probables et/ou à rechercher.

Le guide et la grille d'analyse étaient les mêmes pour tous les ergothérapeutes interrogés, et les mêmes pour les personnes migrantes, de manière à garantir une équité de traitement.

Chaque entretien a été entièrement retranscrit pour pouvoir être analysé. Les éléments de réponses ont ensuite été classés par rapport aux thématiques et indicateurs dans la grille d'analyse de leur population.

Les données ont été traitées de manière confidentielle. Dans le but de conserver l'anonymat de chaque participant, des prénoms d'anonymat leur ont été associés.

Les résultats récoltés ont été analysés et sont présentés ci-contre.

### III. Résultats et analyse des résultats

#### A. Données épidémiologiques

Deux ergothérapeutes et deux personnes migrantes ont ainsi pu partager leur expérience.

Les ergothérapeutes étaient deux femmes avec des expériences et travaillant dans des contextes différents.

Ainsi la première, que l'on nommera Lucie, travaille en Suisse (elle est d'origine française) pour une association dans un centre communautaire accueillant en journée des demandeurs d'asile et personnes à l'aide d'urgence (équivalent de la protection subsidiaire en Suisse : les personnes se voient refuser le droit d'asile mais ne peuvent être reconduites dans leur pays d'origine pour des raisons d'insécurité). Un accompagnement est aussi proposé pour des personnes suisses nécessitant une aide sociale. Elle y travaille depuis 6 mois.

La seconde, que l'on nommera Jennyfer, est américaine et enseigne en ergothérapie à l'université de l'Utah aux USA\* (cf glossaire p.1). Depuis 20 ans, elle s'engage auprès d'associations accompagnant des réfugiés. Elle a mis en place un programme de stages et assure le suivi d'étudiants en ergothérapie qui vont travailler auprès de trois associations accompagnant les réfugiés : International Rescue Comity (IRC) une association à but non lucrative s'impliquant à l'international auprès des personnes ayant dû fuir la guerre, les conflits et les catastrophes naturelles et accompagnant la réinstallation des réfugiés aux États-Unis (IRC, 2019), Utah Health and Human Rights qui accompagne les personnes migrantes ayant subi de la torture ou des traumatismes de guerre sévères (Utah Health and Human Rights, 2017) et University Neighborhood Partners Hartland Partnership Center, un campus communautaire pour les personnes de toutes origines ouvert en 2004 proposant des cours d'anglais, un soutien en santé mentale, des cours de citoyenneté, des ateliers sur l'emploi, des cours du soir et d'été et des ressources pédagogiques (University Neighborhood Partners, 2019). L'entretien de Jennyfer s'étant déroulé en anglais, ses citations ont été traduites le plus fidèlement possible.

Deux jeunes hommes demandeurs d'asile ont accepté de témoigner. Ils sont tous deux nés en Guinée, mais l'un d'eux a des origines libériennes.

Faada a 32 ans et vit depuis 3 ans en Suisse. Il est suivi depuis 1 an en ergothérapie. De son côté Diallo a 21 ans. Il vit depuis 10 mois en Suisse et est suivi depuis 9 mois en ergothérapie.

## B. Les besoins en ergothérapie

### 1. Difficultés des populations suivies

Si la majorité des personnes sont adressées au centre de Lucie pour dépression et stress post-traumatique, « *on ne demande pas forcément de diagnostic* ». Elle témoigne cependant des conditions de vie des bénéficiaires « *ça devient de la survie* », et la perte d'identité qui en découle « *on les a réduits en miettes, on leur a enlevé toute identité* », « *ils se dévalorisent énormément* ».

Jennyfer donne une définition large de ceux qu'elle nomme les survivants, ceux qui « *ont eux-mêmes été torturés, ou cela peut dire qu'ils y ont assisté, ou qu'ils ont vécu dans la peur d'être torturés pendant... trop longtemps* ». Elle constate qu'ils présentent des « *troubles de l'anxiété, des dépressions majeures et tout le monde semble souffrir de stress post-traumatique* ». Certains ont également des problèmes physiques comme des « *douleurs au niveau du dos* », « *des problèmes aux membres supérieurs* ».

Faada témoigne « *j'ai vécu des choses très très dures dans la vie et chez moi* », « *j'étais trop triste, je ne dors pas* ». Il a l'impression d'avoir perdu le contrôle de sa vie : « *je vis dans l'impuissance, donc c'est une vie qui n'est pas du tout facile* », et pense beaucoup à son passé qu'il souhaite « *oublier* ». « *Oublier* » est l'un des mots qu'il a le plus fréquemment utilisé lors de l'entretien. Il a observé d'autres personnes de son foyer adopter des conduites à risques ou tomber dans l'addiction : « *Tu restes triste parce que si tu es seul... (...) commence à fumer, il commence à boire, il commence à voilà, faire des conneries[sic], (fronce les sourcils)* ».

Ces trois témoignages convergents démontrent de la fragilité psychique dans lequel se trouvent les personnes migrantes.

### 2. Les principales demandes

Lucie explique alors que ces personnes « *ont besoin de repartir sur un nouvel élan* ». « *« La demande principale c'est d'avoir du lien social. Et puis toujours de l'activité »* ».

Pour Jennyfer, « *ils ont besoin d'entraînement pour s'habituer à vivre dans ce genre d'environnement* » nouveau pour eux.

« *En fait tu besoin de venir un endroit, là où tu fais un bénévol[at], qui te aide de oublier, de pas beaucoup de réfléchir. Sinon finalement ça, bah ça te évite de boire...* » selon Faada. « *Si je ne viens pas ici le matin il faut que je reste au foyer et si je reste au foyer, monter descendre, monter descendre,*

*ça n'arrange rien. Ça augmente ma maladie parce que je suis malheureux ». Être en activité lui permet de ne pas ruminer son vécu traumatique.*

Diallo explique que *« je suis dans un foyer, j'ai pas une bonne vie, et je n'avais pas où partir, j'ai pas d'amis. Je partais là-bas pour passer la journée ».*

L'ergothérapeute Lucie comme les deux personnes migrantes insistent sur l'importance du lien social et d'un endroit où on peut partager et être écouté en trouvant des occupations. Cependant, pour l'ergothérapeute Jennyfer il s'agit avant tout d'accompagner l'adaptation à un nouveau quotidien.

## **C. Visions de l'approche à base communautaire**

### **1. Définitions**

*« Mes collègues te définiront [l'approche communautaire] d'une autre façon »* précise Lucie, pour qui l'approche communautaire est le *« faire ensemble »*. *« Tu prends la communauté donc un groupe », « l'idée globale c'est que dans une communauté, déjà, tu vois des gens qui sont liés entre eux ». « C'est aussi sortir un peu de ce cadre de santé publique où (...) finalement la personne a très peu souvent son mot à dire », et « répondre à leurs attentes ». « Après c'est aussi, cela veut dire que l'on intervient dans la ville, (...) on n'est pas cloisonné au sein d'une institution, (...) on est ancré dans un quartier ».*

Selon Jennyfer, *« nous rentrons dans les communautés et nous abordons directement ce que les personnes veulent être capables d'accomplir ou avoir accès dans leur maison ou communautés », « nous sommes littéralement dans leur maison et leur communauté »*. Il s'agit *« accompagner ce groupe, plus que des individus »*.

Faada explique *« on est associés c'est ça, pour que tout le monde en profiter. Parce que chaque personne a quelque chose. Même (...) si il a pas de métier mais quand même avec les gens il rigole bien il sait partager, il sait faire communiquer avec les gens, donc ça correspond à quelque chose qu'il peut donner »*.

Pour Diallo, *« quand je suis là-bas c'est comme si j'étais dans mon pays. Je peux parler avec tout le monde, je rigole avec tout le monde »*.

Tous les participants mettent en avant la notion de groupe et de collectif. Si Lucie souligne une organisation horizontale avec l'apport valorisant de chacun, ce qui est repris par Faada, il s'agit avant tout pour Jennyfer d'une pratique locale, définie géographiquement.

## 2. Mises en œuvre

Lucie travaille dans un centre d'accueil de jour ouvert sur l'extérieur. « *On a une activité concrète : c'est la mosaïque* ». La base de l'association est la réalisation de fresques de mosaïque pour des villes du canton ou des particuliers. Les chantiers se font donc en atelier mais aussi dans la ville. Par exemple, ce printemps un chantier était en cours pour décorer une fontaine d'un collège avec des classes.

Le centre est un lieu de vie où le déjeuner est pris ensemble et ouvert à tous. L'entretien et la cuisine est géré par les bénéficiaires, qui font vivre le lieu : « *l'activité cuisine nous [ergothérapeutes] on met des trucs de base à disposition (...) en fait c'est l'équipe cuisine du jour qui décide de ce qu'ils font à manger* ».

Des projets se construisent selon les envies et les opportunités, avec des sorties et événements comme « *une soirée sur le thème de l'Érythrée* » ou « *un projet couture* » et « *un spectacle de rue marionnette* » en construction. L'association a des liens avec le voisinage, ce qui donne lieu à quelques projets : des bénéficiaires ont construit un décor pour l'entreprise de production de films voisine « *un collègue avec quelques bénéficiaires y sont allés sur une semaine pour préparer ce faux, cette reproduction de pièce* ».

Les personnes migrantes venant de cette même structure témoignent de ses activités et soulignent l'aide financière et « *l'abonnement du train* », et le soutien administratif (traduction des documents si besoin) : « *y a une personne à l'entrée si t'es [pré]occupé, si t'as pas compris ce qui est écrit et qui voit tout ça et expliquer pourquoi, qu'est-ce que tu dois faire* » explique Diallo.

L'ergothérapeute américaine et ses étudiants s'intègrent dans les équipes de trois associations qui proposent différents suivis et groupes. « *Nous sommes donc devenus les entraîneurs des activités de la vie quotidienne* » dit-elle. Elle réalise des interventions de réadaptation avec International Rescue Comity : « *Nous les mettons dans le bus et leur montrons comment utiliser le bus, on les emmène à la banque, aux courses pour leur montrer comment acheter de la bonne nourriture, mais pas trop chère, faire un budget... Comment utiliser son four, comment nettoyer la maison, je veux dire juste tout, il y a tellement à apprendre. (...) Puis il y a aussi les questions de santé* ». « *Nous dirigeons aussi deux groupes chaque semaine (...) [Dans le premier nous donnons] des informations sur la gestion de l'argent. L'autre est appelé « Pre-driving », sur les règles de base de la route* ». De manière plus anecdotique, elle a parfois été amenée à proposer des séances de rééducation dans le cas de « *douleurs au niveau du dos* ».

Elle accompagne des aménagements de logements, et intervient auprès de familles vivant dans les appartements communautaires de l'University Neighborhood Partners Hartland Partnership Center où « *nous avons fini par faire plus de programmes pour les jeunes et faire des groupes avec des enfants* ».

*qui, semblent avoir un grand nombre de problèmes » pour « proposer des activités qui entraînent du travail d'équipe, de l'empathie et ce genre de choses nécessaire tout le temps mais dans un format d'activités fun ».*

Enfin, l'organisation Utah Health and Human Rights est dédiée aux réfugiées et survivants de tortures, là « *ils nous demandent très souvent de travailler sur les loisirs ou juste d'engager les personnes dans des activités qui ont du sens* ».

Alors que Lucie se base sur des occupations créatives et professionnelles touchant les domaines de la productivité de l'occupation, la pratique de Jennyfer semble ciblée les activités de la vie quotidienne et les soins personnels.

### **3. Rôle de l'ergothérapeute**

Pour Lucie, le but de l'ergothérapie c'est « *trouver un sens dans l'activité* ». Elle résume son travail par « *aimer, soutenir et faciliter* ».

Jennyfer relève les particularités de l'ergothérapie par rapport à d'autres métiers de la santé : « *Le point de départ est ce qui est important pour toi, ce que tu veux être capable de faire !* », et met en valeur les compétences des ergothérapeutes comme « *l'analyse de la tâche, la capacité des étudiants d'être capable d'enseigner* », « *être flexible sur le moment* ».

Pour Faada, l'ergothérapie « *au début moi je pensais que c'était des piqûres qu'on donne (rires)* » ! « *C'est une aide* » qui a expliqué « *pourquoi je ne dors pas, pourquoi je pense beaucoup* » et « *si ça t'arrive comment tu vas faire* ».

« *Ça m'a aidé à m'intégrer* ». « *Je vois des gens qui demandent vers eux pour leur demander de leur citation [conseil]* ». Diallo a principalement observé le rôle administratif des ergothérapeutes : « *c'est pour les factures ou pour les autres, ils se chargent de ça pour les urgences* ».

Le rôle de l'ergothérapeute n'est pas toujours distingué par les personnes migrantes dans ce contexte, ce qui s'explique par l'organisation horizontale et la répartition des tâches dans la structure fréquentée. Cependant, l'ergothérapie est pour tous les deux associée aux conseils, et perçue une aide pour améliorer leur qualité de vie. Les ergothérapeutes quant à eux mettent en avant une pratique centrée sur la personne et les occupations.

#### 4. L'absence d'un modèle conceptuel de référence

Les deux ergothérapeutes ont cité plusieurs modèles pouvant s'appliquer dans le cadre de leur pratique.

	MCREO	PEO	MOH*	Kawa	CIF*	Occupational Justice framework
Lucie	X	X	X	X	X	
Jennyfer		X	X			X

Tableau 6 : Modèles conceptuels évoqués par les ergothérapeutes

Lucie se base « *le bon sens, de l'échange et des demandes* ». Malgré l'utilisation d'un vocabulaire issu de la MCREO\* (\*cf glossaire p.1) comme les termes de « *participation occupationnelle* » et « *soins personnels* », elle explique le choix de l'association de ne pas se baser sur un modèle conceptuel en particulier.

De même, Jennyfer explique que « *je ne dis jamais vous devez utiliser ce modèle en particulier* ». Si son « *école utilise pas mal le PEO\** », chaque étudiant ou professionnel participant au programme choisit le cadre théorique qui lui convient le mieux. Elle ajoute que « *les évaluations sont souvent tellement basées sur l'Ouest, et elles n'aident pas beaucoup* ». Dans la pratique, « *nous utilisons Goal Attainment Scaling donc c'est 5 critères pour les objectifs* » pour évaluer le suivi (voir [Annexe 4](#)).

Malgré plusieurs modèles cités, aucun ne semble satisfaire pleinement les deux professionnelles, dont la pratique semble s'appuyer sur l'expérience et le quotidien.

#### D. Limites de l'approche

Lucie relève quelques limites. Le succès de l'association entraîne beaucoup de monde « *on a énormément de monde* », avec son lot de frustration : elle note les abus de certains bénéficiaires qui ne « *jouent pas le jeu* » « *les difficultés qu'on a aussi nous pour engager les gens dans l'activité* » car «  *finalement l'argent [distribué comme paiement aux personnes migrantes dans le cadre des activités de l'association] aide mais en même temps l'argent nous dessert* ». La barrière de la langue peut être une limite pour elle. Enfin, l'organisation horizontale de la structure demande plus d'adaptation dans les relations avec les bénéficiaires : « *j'ai eu pas mal aussi de déclarations d'amour !* ».

Pour Jennyfer, *« notre plus grande limite est qu'ils ont vraiment peu d'argent. C'est vraiment une lutte pour eux. Et même s'ils en ont, leur passé éducatif est parfois si faible, c'est tellement difficile de rentrer dans notre système éducatif et d'aller très loin ».*

Faada exprime ses difficultés de la manière suivante : *« c'est une vie qui n'est pas du tout facile parce que on ne te donne pas un centime ».*

Diallo raconte *« des fois même pas chercher de nourriture parce que c'est très difficile pour moi parce que j'ai pas d'argent ».*

Les principales difficultés semblent donc liées au contexte extérieur et principalement l'insécurité financière qui fragilise le suivi. Le manque de moyen est relevé par tous. Lucie pointe de plus des difficultés organisationnelles liées aux particularités cette approche et au fonctionnement propre de son association.

## **E. Vers la participation sociale**

Lucie raconte le parcours d'un jeune homme, qui clandestin, était resté un an et demi chez lui avant d'oser sortir. Petit à petit, on lui a proposé de participer à des chantiers, puis il s'est engagé sur des projets dans l'association. Depuis son arrivée il y a six mois, il s'est ouvert et est devenu incontournable dans le local. Il n'hésite plus à diriger les autres quand il manque du monde à la vaisselle : *« il avait rameuté un peu toutes les personnes de sa communauté en fait, il leur a demandé dans leur langue de faire la vaisselle parce qu'il en avait marre, pour lui ça lui faisait honte ».* Aujourd'hui il a repris une activité sportive importante pour lui, le volley, et a participé à une compétition à l'extérieur *« il était tout fier de nous montrer sa médaille ».* *« Puis il a repris des cours de français, il fait de la menuiserie avec une autre association ».* Elle nuance cependant *« oui, au sein de l'association. Mais vers la communauté, (...) ça dépend ».* Le système restrictif de permis de séjour limite forcément l'inclusion des personnes. Mais l'ergothérapeute rappelle que *« déjà rien que le fait de sortir de son foyer, de prendre les transports en commun, de venir jusqu'à l'association, bah ça peut peut-être déjà compter ».*

Pour Jennyfer, *« il y a des choses pour lesquelles je pense que nous les aidons. Nous pouvons voir le progrès que des personnes font. Et les associations sont absolument ravies, elles pensent que les ergothérapeutes sont fantastiques ! ».*

Faada témoigne de son apprentissage sur les chantiers et des compétences acquises : *« J'ai travaillé dans ça beaucoup, je sais faire maintenant, c'est comme si j'ai un petit métier maintenant (sourit) ».*

« C'est comme si toi aussi tu fais quelque chose dans la vie ». « Grâce à cette communauté et maintenant aujourd'hui, on puisse partager certaines choses, et même des fois je rigole avec certaines, je salue avec leur langue » « ils m'ont appris même de faire certaines cuisines que je connais pas comme le manger tigrinian ».

Pour Diallo, « ça m'a aidé à m'intégrer là-bas. (...) parce que en fait je travaille, ça fait du volontar[iat] ». Il développe le rôle qu'il a trouvé dans l'association, « pour faire une aide, pour faire la cuisine africaine (rises). Et gagner un peu, comment dire, le sourire des gens, et faire des connaissances avec les gens ». « Et vraiment, ils ont vu mon travail, ils ont apprécié, ils ont eu confiance en moi ! Et moi aussi je lui ai fait confiance. Et c'est ça en fait, qui m'a aidé le plus, qui m'a poussé à devant la force, à travailler avec eux. » « Et vraiment, je sentais que vraiment j'existe », « tu rends compte en fait tu es considéré ». Il conclut : « Et ce qu'ils ont fait pour moi en fait, c'est pas justement pour le plaisir mais pour toujours, à cause en fait de la connaissance et de la métier. Et surtout la confiance ! ».

Les ergothérapeutes attestent de changements observés chez les personnes migrantes, même si l'une d'entre elles nuance en restant dans le cadre de l'association. Ainsi, elles ont observé que l'intervention dans ce contexte a favorisé chez certains un engagement dans les activités ainsi que l'acquisition ou la récupération d'un rôle social. Les personnes migrantes mettent quant à elle en avant les compétences professionnelles et sociales acquises, mais aussi la confiance en eux regagnée. Cela a permis à certains de s'ouvrir vers l'extérieur et de s'inclure dans de nouvelle communauté.

## **F. Perspectives d'avenir et évolutions**

Pour Lucie, l'enjeu de l'avenir est de continuer à faire évoluer sa pratique. Dans le contexte de l'association, elle aimerait favoriser encore plus l'engagement et l'autonomisation de chaque personne. « On aimerait bien pouvoir (...) questionner sur les besoins de santé qu'ils ont vraiment, qu'est-ce qu'ils attendent et tout ça, pour nous pour qu'on puisse vraiment répondre à leurs attentes ». Elle a des nouvelles médiations en projet.

Si Jennyfer se félicite du développement des concepts sociaux comme la justice occupationnelle « une extension de la vue, de la manière dont nous pouvons voir les choses », elle reste moins optimiste sur le développement de la pratique. « J'aimerais le voir devenir dans un sens plus institutionnalisé ». « Il y a cette dispersion d'ergothérapeutes qui voudraient vraiment faire ce travail mais trouver un emploi et tellement difficile ». Elle témoigne ainsi « c'est un défi. Et maintenant que nous avons Trump à la présidence, il réduit l'immigration de manière tellement drastique que c'est comme un cauchemar, et maintenant nos fonds ont aussi été réduits, donc maintenant demander à quelqu'un d'embaucher un

*différent type d'employé c'est le plus mauvais moment possible. Avec de la chance dans quelques années peut être que les choses tourneront et reviendront dans la bonne direction... ». Elle conclut « Je veux dire, c'est un terrain tellement parfait pour... vous savez, les gens peuvent en bénéficier tellement. »*

Les deux ergothérapeutes espèrent un développement de la pratique à base communautaire dans les années à venir. À l'échelle locale, Lucie aimerait que sa pratique soit encore plus centrée sur la personne ou les communautés de personne. Jennyfer se projette à l'échelle internationale et aimerait que cette pratique soit plus connue et reconnue pour ouvrir de nouveaux postes dans des associations et autres organisations.

## IV. Discussion

### A. Rappel de la question

Ce travail a permis de se demander de quelle manière l'ergothérapeute pouvait favoriser l'inclusion sociale des personnes migrantes, en cherchant à savoir si à travers une approche à base communautaire, l'ergothérapie et ses professionnels favorisaient la participation sociale de la population migrante et leur inclusion.

### B. Intervention des ergothérapeutes auprès des migrants

Aujourd'hui l'intérêt de l'accompagnement des personnes migrantes en ergothérapie est acquis dans la littérature. Un changement de vision du handicap avec le développement de concepts plus sociaux comme la justice occupationnelle élargissent les possibilités de l'ergothérapie et offrent de nouveaux champs d'actions aux professionnels.

La situation des personnes migrantes est particulièrement complexe. En plus d'éventuelles blessures physiques, les personnes migrantes souffrent dans leur grande majorité de troubles psychiques comme la dépression ou le stress post-traumatique de par leur vécu et l'insécurité constante à laquelle ils sont soumis, constatés autant dans la littérature que par les témoignages. Ils doivent, de plus, assimiler un nouvel environnement avec une culture, une langue et des codes parfois inconnus, face à une société au minimum peu adaptée si elle n'est pas parfois franchement hostile... De par leurs situations matérielle, juridique et sociale (représentations négatives et isolement des étrangers), les personnes migrantes subissent des injustices occupationnelles, qui dans une forme de cercle vicieux vont favoriser leur exclusion et avoir des conséquences sur leur bien-être et leur santé et ainsi de suite.

L'ergothérapeute est outillé pour agir et briser ce cercle. Sa formation l'a entraîné à essayer de voir comme et pour l'autre. Grâce à sa vision holistique, il peut proposer un accompagnement mais aussi promouvoir la participation sociale de la personne migrante. Après tout, il est le thérapeute de l'adaptation !

### **C. L'approche à base communautaire, une pratique locale et empirique**

L'approche à base communautaire fait partie des interventions que les ergothérapeutes peuvent mettre en place.

Cette approche peut être définie comme la mise en place et l'accompagnement d'une action ou d'un projet qui se basent sur l'échange et le partage des compétences, en valorisant les atouts de chacun et les ressources locales. Elle est liée au lieu de la pratique (c'est-à-dire chez, avec et pour une communauté) et a pour but de s'inscrire dans la durabilité.

Avec leur sensibilité, les deux ergothérapeutes interrogées ont chacune mis en avant un aspect de l'approche communautaire telle que définie dans la recherche littéraire. Ces nuances peuvent s'expliquer par les représentations culturelles derrière le mot communautaire.

Dans un contexte communautaire, l'organisation est supposée horizontale. L'ergothérapeute est amené à prendre de nouveaux rôles, bien que toujours dans le but de favoriser l'occupation. Il est moins perçu comme thérapeute soignant que comme humain avec ses propres atouts (et donc moins identifiable).

C'est cet équilibre subtil qui perturbe parfois les ergothérapeutes et les étudiants avec lesquels j'ai pu échanger. Pourtant, il me semble que nous n'arrêtons pas totalement d'être nous-même en devenant ergothérapeute, comme nous pouvons être influencés par notre profession dans notre vie quotidienne...

Le cadre théorique est également moins rigide. Si de nombreux modèles sont proposés dans la littérature (de nouveaux modèles sont également en construction), dans la pratique les modèles sont peu exploités. C'est également le cas des évaluations, pas adaptées ou alors faites maison. La créativité et l'apprentissage par l'expérience servent aujourd'hui de bases à la pratique.

L'approche à base communautaire est donc, par définition, une approche locale et peu normée. En toute logique, sa mise en place peut prendre autant de formes que de lieux où elle se déroule : de nombreux exemples sont développés dans la littérature. Les projets et leur évolution dépendent des demandes et de l'engagement des personnes concernées. Les ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête ont ainsi évoqué de nombreuses médiations et activités possibles, pouvant toucher les soins personnels comme la productivité et les loisirs.

Il ne faut pas oublier la dimension culturelle des occupations : par exemple les activités de loisirs sont beaucoup plus valorisées en occident que dans d'autres régions du monde, ce qui peut expliquer les

difficultés d'engagement dans certains projets. Ainsi, les personnes migrantes interrogées ont principalement mis en avant les occupations productives comme le chantier, la cuisine ou le bénévolat qui sont associés à du travail.

L'approche communautaire n'est pas sans limite.

Son intégration dans un contexte local est aussi son point faible. On ne peut faire abstraction de l'environnement et contexte socio-politique dans lequel se place le programme. Certains articles insistent donc sur l'importance d'intégrer les institutions dirigeantes (gouvernementales) dans les projets, ce qui n'est pas toujours possible.

Dans le cas de la population migrante, les obstacles à la pérennité du suivi sont le manque de moyen de la population mis en avant dans l'enquête mais également le manque de régularité de la population (difficultés de déplacements, risque d'expulsions pour les demandeurs d'asile...). À cela s'ajoutent les difficultés organisationnelles, surtout dans le cas d'un très grand nombre de personnes comme le vit actuellement l'association suisse.

#### **D. Favoriser l'inclusion sociale des personnes migrantes**

Malgré tout, dans un cadre communautaire rassurant, les personnes migrantes peuvent découvrir les tâches liées à la vie quotidienne en communauté et participer à des projets communautaires.

Elles vont pouvoir y rencontrer des personnes différentes mais issues d'une même zone géographique (qu'elles pourraient être amenées à croiser). Cela permet de créer du lien, d'avoir un espace d'expression et de partage nécessaire comme l'ont montré les témoignages de l'enquête.

Autour d'occupations ou de projets, elles vont se retrouver à devoir communiquer et trouver des solutions pour se faire comprendre, mais aussi se confronter à des opinions et des visions différentes. Cela peut être un moyen pour les personnes migrantes d'apprendre la langue et les codes sociaux. Avec cette approche, chacun s'engage à son rythme, en fonction de ses atouts. La personne migrante va alors apprendre des autres dans certaines situations et dans d'autres se retrouver comme personne ressource pour les autres. Le participant est amené à devenir force de décision dans le projet ou l'action. En plus d'une acquisition de compétences, cela permet le développement d'un sentiment d'utilité et la confiance comme souligné par l'un des personnes migrantes lors de l'enquête.

Ainsi, à travers un accompagnement de projet personnel ou collectif, l'ergothérapeute favorise l'ouverture vers les autres, la confiance en soi et ses compétences, et l'autonomisation.

Ces ressources permettent à la personne migrante d'acquérir ou récupérer un rôle social et de s'engager dans des activités qui ont un sens social (soit participer socialement). Même si ce transfert n'est pas toujours évident, la participation de la personne peut même s'étendre à d'autres communautés et contextes à l'extérieur du cadre de l'ergothérapie, favorisant l'inclusion de la personne dans la société, comme en ont témoigné les ergothérapeutes interrogées.

L'**hypothèse de recherche** selon laquelle à travers une approche à base communautaire, l'ergothérapie et ses professionnels favorisaient la participation sociale de la population migrante et leur inclusion semble donc **partiellement validée !**

## **E. Perspectives**

La justice occupationnelle et l'ergothérapie sociale sont de plus en plus développées à l'étranger et intéressent de plus en plus d'étudiants en France (j'ai été contactée par un certain nombre d'étudiants de différentes écoles françaises intéressés par mon sujet), comme les professionnels.

L'approche à base communautaire auprès des personnes migrantes pourrait également se développer dans de nouveaux contextes locaux, à l'étranger mais aussi en France. Il n'existe actuellement pas (ou peu) de postes dans ce domaine en France, malgré la recherche et le développement de réseaux internationaux autour de cette problématique.

Ce serait donc à nous de les créer, en s'appuyant sur les réseaux et articles déjà existants, en renforçant l'enseignement sur les approches communautaires (encore peu étudiées en France), en continuant la recherche et en améliorant la pratique professionnelle pour valoriser les compétences de l'ergothérapeute et sa vision unique.

## **F. Apports et limites de l'enquête**

### **1. Limites de l'enquête**

Les biais liés à la méthodologie de l'enquête ont déjà été développés plus haut (dans la partie méthodologie de l'enquête).

Ce travail est un mémoire d'initiation à la recherche. L'enquête présente de toute évidence quelques limites : du peu de nombre de participants et leur répartition, elle n'est complètement représentative.

De plus, la pratique communautaire est par définition très liée au contexte socio-politique mais aussi les représentations culturelles du pays dans lequel elle a lieu.

Ainsi en Suisse l'Europe fait pression sur la Fédération pour un meilleur accompagnement des personnes migrantes, et le remboursement de l'ergothérapie s'applique en cas de diagnostic en santé mentale. Aux États-Unis, les lois de migration sont de plus en plus strictes et les associations font face aux restrictions budgétaires.

Si les entretiens montrent qu'un accompagnement ergothérapeutique a du sens, on peut néanmoins se poser la question du transfert en France dans un contexte de montée des extrêmes, alors que l'ergothérapie n'est pas prise en charge par les aides sociales.

## **2. Apports de l'enquête**

Néanmoins, ce travail de recherche a permis d'aborder et de faire découvrir des approches et visions peu connues en France.

Il a mis en valeur des exemples de pratiques d'ergothérapeutes engagés et a donné une voix à quelques personnes migrantes.

Sur le plan personnel, ce travail m'a permis d'élargir ma vision de l'ergothérapie et de ses champs d'application. Il m'a permis d'avoir un petit aperçu du travail de recherche et m'a donné une rigueur lors des recherches bibliographiques.

Il y a quelques mois à peine, je n'aurais pas mené un entretien en anglais, ce qui ne m'effraie plus du tout aujourd'hui.

J'ai eu la chance de rencontrer de nombreux ergothérapeutes s'interrogeant et souhaitant faire évoluer leur pratique. En participant aux forums et conférences, j'ai pu constater l'importance et la richesse des réseaux internationaux.

Ce travail m'a donc conforté dans un domaine qui m'intéressait et m'a ouvert de nouvelles opportunités professionnelles.

# CONCLUSION

Alors que chaque jour des centaines de personnes tentent de traverser la Méditerranée, les ergothérapeutes développent et théorisent une ergothérapie plus sociale fondée sur une justice occupationnelle.

De par leur vision globale, centrée sur la personne et l'occupation, les ergothérapeutes ont toute leur place auprès de ces personnes migrantes, réfugiées ou demandeuses d'asile pour leur permettre de retrouver du sens et une structure dans leur vie quotidienne. Ils peuvent s'appuyer sur des modèles conceptuels intégrant la culture, comme le modèle Kawa. Alors que se développe à l'étranger une approche communautaire basée sur les ressources locales et l'engagement de chacun, l'ergothérapeute est amené à prendre un nouveau rôle de défenseur de droits, accompagnant l'autonomisation de communautés.

Ce travail de recherche a permis de donner une réponse partielle à l'hypothèse : à travers une approche à base communautaire, l'ergothérapie et ses professionnels favorisent la participation sociale de la population migrante et leur inclusion. En effet, les entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels suisse et américain et de personnes migrantes bénéficiant de cette approche en Suisse apportent des exemples de différentes formes que peut prendre cette pratique. Ces témoignages ont pu mettre en lumière les limites mais aussi les apports de l'approche à base communautaire. À travers des exemples, ils valident partiellement l'hypothèse.

Les ergothérapeutes doivent encore investir le domaine des personnes migrantes. Les approches communautaires sont des outils pertinents pour les ergothérapeutes mais leur développement est fortement dépendant du contexte institutionnel, social, politique et culturel.

Ces perspectives et initiatives nécessitent un engagement et une éducation de la part des professionnels et des communautés concernées.

À l'heure actuelle, les ergothérapeutes français ne se sont pas encore suffisamment penchés sur l'accompagnement des personnes migrantes ni, de manière générale, des personnes exclues ou marginalisées (sans-abris...). Cela interroge sur la place donnée au handicap social en France.

On peut se demander pourquoi ces pratiques ne sont pas développées en France : est-ce une question de manque de moyens ou de financement, d'enseignement, de champs de compétence, de désintérêt ou encore de manque d'information ? Et alors, comment pourrait-on y remédier et favoriser la justice occupationnelle de ces personnes marquées par un parcours de vie déjà compliqué ?

## BIBLIOGRAPHIE

AlHeresh, R., Bryant, W., & Holm, M. (2013). Community-based rehabilitation in Jordan: challenges to achieving occupational justice. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1848-1852.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.756944>

Blanchet, A., & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan.

Blankvoort, N., Moore, T., Roos, K., & Schiller, S. (2018). *Occupational Therapy Europe Interest Group Displaced Persons Report on Occupational Therapy with Displaced Persons*. 38.

Comiti, V.-P., & Patureau, J. (2005). La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. *Santé, Société et Solidarité*, 4(1), 129-137.

<https://doi.org/10.3406/oss.2005.1033>

Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2014). Occupational Justice: A Conceptual Review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.775692>

Forum réfugiés-Cosi. (s. d.). Autour de la situation sanitaire des migrants, des enjeux forts de santé publique - Forum réfugiés – Cosi. Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse <http://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/autour-de-la-situation-sanitaire-des-migrants-des-enjeux-forts-de-sante-publique>

Fransen, H. (2005). *Challenges for Occupational Therapy in Community-Based Rehabilitation: Occupation in a Community Approach to Handicap in Development*.

Géoconfluences. (2015). Migrants environnementaux, migration environnementale. Consulté 25 mai 2019, à l'adresse <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/migrants-environnementaux-migration-environnementale>

Hammell, K. R. W., & Beagan, B. (2017). Occupational injustice: A critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 58-68. <https://doi.org/10.1177/0008417416638858>

Handicap International France. (2015). Après 15 ans d'actions au Tibet, Handicap International passe le flambeau. Consulté 25 mai 2019, à l'adresse <https://handicap-international.fr/fr/actualites/apres-15-ans-d-actions-au-tibet-handicap-international-passe-le-flambeau>

Handimachal, & More, S. (2014). Programme de réadaptation à base communautaire - Nous l'avons fait nous-mêmes ! Consulté 25 mai 2019, à l'adresse Le blog de l'association Handimachal website: <http://handimachal.over-blog.org/2014/09/programme-de-readaptation-a-base-communautaire-nous-l-avons-fait-nous-memes.html>

Heigl, F., Kinébanian, A., & Josephsson, S. (2011). I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 36-48. <https://doi.org/10.3109/11038120903552648>

Hintermeyer, P., Le Breton, D., & Profita, G. (Éd.). (2015). *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy: Presses universitaires de Nancy.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34.

Insee. (2016). Définition Immigré. Consulté 17 avril 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>

IRC. (2019). International Rescue Committee (IRC). Consulté 29 mai 2019, à l'adresse International Rescue Committee (IRC) website: <https://www.rescue.org/>

Iwama, M. K. (2006). *The Kawa model: culturally relevant occupational therapy*. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone Elsevier.

Krefting, D. (2001). *Understanding Community Approaches to Handicap in Development (CAHD)*. 88.

Kronenberg, F., & Pollard, N. (2005). Overcoming occupational apartheid: A preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (p. 58–86). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone Elsevier.

La Cimade. (s. d.). Qu'est-ce qu'un migrant ? Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse <https://www.lacimade.org/faq/qu-est-ce-qu-un-migrant/>

Le Défenseur des droits. (2016). *Les droits fondamentaux des étrangers en France*. 305.

Légifrance. (2016). Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0022 du 27/01/2016. Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641)

Lievin, J.-C. (2016). *L'ergothérapie en action sociale : une approche multidimensionnelle des situations de handicap*. Paris: L'Harmattan.

L'Internaute. (s. d.-a). Communautarisme : Définition simple et facile du dictionnaire. Consulté 24 mai 2019, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/communautarisme/>

L'Internaute. (s. d.-b). Communauté : Définition simple et facile du dictionnaire. Consulté 24 mai 2019, à l'adresse <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/communaute/>

Luhmann, N. (1995). *Social Systems*. Stanford University Press.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Bruxelles: De Boeck.

Ministère de l'Intérieur. (2015). Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile. Consulté 6 février 2019, à l'adresse <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/La-reforme-de-l-asile-issue-de-la-loi-du-29-juillet-2015/Loi-n-2015-925-du-29-juillet-2015-relative-a-la-reforme-du-droit-d-asile> website: <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Asile/La-reforme-de-l-asile-issue-de-la-loi-du-29-juillet-2015/Loi-n-2015-925-du-29-juillet-2015-relative-a-la-reforme-du-droit-d-asile>

Morel, J. (2007). L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. *Santé conjugquée*, 40, 75-77.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Le modèle KAWA (Rivière) de Michael Iwama. In *Ergothérapie. Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2<sup>e</sup> éd., p. 97-106). De Boeck Supérieur.

Nilsson, I., & Townsend, E. (2010). Occupational Justice: Bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 57-63. <https://doi.org/10.3109/11038120903287182>

OFPPA. (2016). L'asile constitutionnel. Consulté 17 avril 2019, à l'adresse <https://ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/l-asile-constitutionnel>

OFPPA. (2019). Les données de l'asile à l'Ofpra en 2018. Consulté 24 janvier 2019, à l'adresse <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en#note2>

OMS. (2019, janvier 20). Migration et santé : les principaux enjeux. Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (s. d.). Migrant/migration. Consulté 6 février 2019, à l'adresse <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Organisation Internationale pour les Migrations. (2019). Flow monitoring in Europe. Consulté 29 mai 2019, à l'adresse <http://migration.iom.int/europe?type=arrivals>

OT EU. (s. d.). About OT-Europe. Consulté 17 avril 2019, à l'adresse <http://www.oteurope.eu/about-ot-eu/about-ot-eu-2/>

Planète Publique. (2011, juillet). *Fiche 5 : la santé communautaire*.

Sagnol, M. (1987). Le statut de la sociologie chez Simmel et Durkheim. *Revue Française de Sociologie*, 28(1), 99. <https://doi.org/10.2307/3321447>

Simó-Algado, S., Mehta, N., Kronenberg, F., Cockburn, L., & Kirsh, B. (2002). Occupational Therapy Intervention with Children Survivors of War. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 205-217. <https://doi.org/10.1177/000841740206900405>

Stadnyk, R., Townsend, E., & Wilcock, A. (2010). Occupational justice. In *Introduction to occupation: The art and science of living* (2nd edition, p. 329–358). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., Morel-Bracq, M.-C., & Association nationale française des ergothérapeutes. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation : méthodes, techniques et outils d'intervention*.

Townsend, E., Jongbloed, L., Stadnyk, R., & Drummond, H. (2013). Possibilités en matière de financement et occasions favorables au plan politique et législatif. In *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2ème édition, p. 377-392). Ottawa, Canada: CAOT Publications ACE.

Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Townsend, E., & Wilcock, A. (2004a). Occupational Justice. In *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living* (C. H. Christiansen & E. A. Townsend, p. 243-273). Thorofare, NJ: Prentice Hall.

Townsend, E., & Wilcock, A. (2004b). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87.

UNHCR. (2007). *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*.

UNHCR. (2008). *L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR*. Consulté à l'adresse <https://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/pendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c51413f2>

UNHCR. (2018). Figures at a Glance. Consulté 25 mai 2019, à l'adresse UNHCR website: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

University Neighborhood Partners. (2019). UNP Hartland Partnership Center. Consulté 29 mai 2019, à l'adresse <https://partners.utah.edu/about-unp/hartland-partnership-center/>

Utah Health and Human Rights. (2017). Utah Health and Human Rights. Consulté 29 mai 2019, à l'adresse <https://www.uhhr.org/>

Vandecasteele, I., & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 137. <https://doi.org/10.3917/cpc.026.0137>

Vaugrente, A. (2017, mai 9). Migrants en France : un état de santé inquiétant. Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse [www.pourquoidocteur.fr](http://www.pourquoidocteur.fr) website: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/22745-Migrants-France-etat-sante-inquietant>

Weber, P. (2004). Travail social et handicap : de l'inclusion à la participation sociale. *Développement humain, handicap et changement social*, 13, 10-20.

Werner, D. (1991). *L'Enfant handicapé au village : Guide à l'usage des agents de santé, des agents de réadaptation et des familles*. Lyon: Handicap international.

WFOT. (2012). *World Federation of Occupational Therapists Position Paper Human Displacement*.

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Wilcock, A., & Townsend, E. (2000). Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*, 7(2), 84-86. <https://doi.org/10.1080/14427591.2000.9686470>

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les principaux pays de naissance des immigrés arrivés en France en 2016 .....	5
Figure 2 : Pourcentages de demandeurs d’asile exprimant des violences lors des consultations .....	9
Figure 3 : Troubles psychiques graves constatés chez les demandeurs d’asile .....	9
Figure 4 : Cadre de référence de la justice occupationnelle.....	13
Figure 5 : Schéma représentant la différence entre intégration et inclusion.....	17
Figure 6 : Dessin de la rivière (Iwama, 2006).....	19
Figure 7 : Coupe de la rivière (Iwama, 2006).....	20
Figure 8 : Coupe de la rivière. L'ergothérapeute et le client agissent ensemble pour rétablir le courant de la vie (Iwama, 2006).....	21
Figure 9 : La pyramide des besoins selon Maslow.....	24
Figure 10 : Matrice de la RBC.....	25

## TABLE DES TABLEAUX

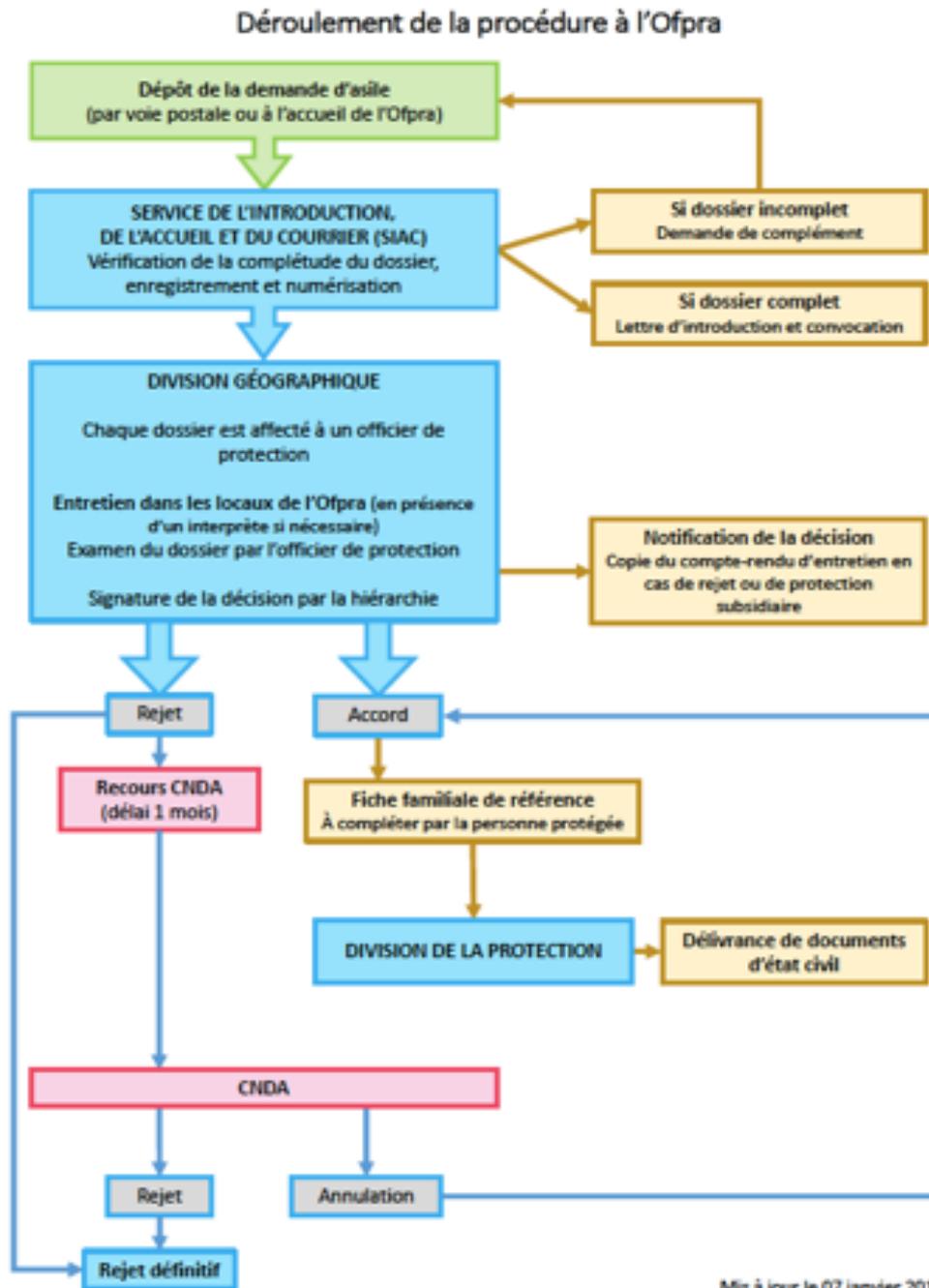
Tableau 1 : Enregistrements de demandes d’asile en 2018 .....	6
Tableau 2 : Objectifs et indicateurs de la recherche .....	27
Tableau 3 : Critères d'inclusion et de non inclusion des ergothérapeutes.....	28
Tableau 4 : Critères d'inclusion et de non inclusion des personnes migrantes .....	29
Tableau 5 : Tableau récapitulatif des sollicitations et réponses à l’enquête.....	31
Tableau 6 : Modèles conceptuels évoqués par les ergothérapeutes .....	38

## ANNEXES

# TABLE DES MATIÈRES DES ANNEXES

Annexe 1 : Déroulement de la procédure à l'Ofpra.....	I
Annexe 2 : Trame pour les entretiens avec les ergothérapeutes.....	II
Annexe 3 : Trame pour les entretiens avec les personnes migrantes.....	III
Annexe 4 : Goal Attainment Scale .....	IV
Annexe 5 : Retranscription du témoignage de Faada.....	V
Annexe 6 : Retranscription du témoignage de Diallo .....	IX
Annexe 7 : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute Lucie .....	XII

## Annexe 1 : Déroulement de la procédure à l'Ofpra



Source : Ofpra (2019) repéré à [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/190107\\_-\\_deroulement\\_de\\_la\\_procedure\\_a\\_lofpra\\_-\\_schema.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/190107_-_deroulement_de_la_procedure_a_lofpra_-_schema.pdf)

## Annexe 2 : Trame pour les entretiens avec les ergothérapeutes

Bonjour, je m'appelle Léana Buanic et je suis étudiante en 3<sup>e</sup> année en ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil. Dans le cadre de ma formation, je rédige un mémoire d'initiation à la recherche sur la réadaptation à base communautaire auprès des personnes migrantes. Cet entretien devrait durer une trentaine de minutes.

Je précise d'abord quelques points :

- L'entretien restera anonyme, votre nom n'apparaîtra pas dans le dossier ou la présentation en lien avec ma recherche.
- Vous êtes libres de répondre ou non à une question et vous pouvez m'interrompre à tout moment si vous le souhaitez, ou si vous avez besoin de plus d'informations.
- Ce sont vos expériences et opinions qui m'intéressent.

Si vous êtes d'accord, j'aimerais enregistrer l'entretien pour ne pas perdre d'informations et pouvoir rester concentrée sur l'entretien. Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre ?

Avez-vous des questions avant de commencer ?

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
2. Dans quel type de structure travaillez-vous ?
3. Depuis combien de temps ?
4. Auprès de quelle population travaillez-vous ?
5. Quelles sont leurs principales demandes ? Selon vous quels sont leurs principaux besoins aujourd'hui ?
6. Sur quelle(s) technique(s) ou approche(s) vous basez-vous et pourquoi ?
7. (Comment définiriez-vous la Réadaptation à Base Communautaire ?)
8. Pouvez-vous me donner quelques retours sur votre pratique en ergothérapie ? Quels sont les bénéfices et les difficultés que vous observez ?
9. Pensez-vous que vos interventions ont un impact sur la participation sociale de la personne ? Lequel ?
10. Y a-t-il des choses que vous aimeriez voir évoluer dans votre métier dans l'avenir ?
11. Pour résumer, comment décririez-vous (expliqueriez-vous) votre travail aujourd'hui ?
12. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Merci beaucoup pour votre participation. (Si vous le désirez, je pourrai vous envoyer une copie de mon mémoire.)

## Annexe 3 : Trame pour les entretiens avec les personnes migrantes

Bonjour, je m'appelle Léana Buanic et je suis étudiante en 3<sup>e</sup> année en ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil. Dans le cadre de ma formation, je rédige un mémoire d'initiation à la recherche sur la réadaptation à base communautaire auprès des personnes déplacées (migrants, réfugiés, demandeurs d'asile...). Cet entretien devrait durer une vingtaine de minutes.

Je précise d'abord quelques points :

- L'entretien restera anonyme, votre nom n'apparaîtra pas dans le dossier ou la présentation en lien avec ma recherche.
- Vous êtes libres de répondre ou non à une question et vous pouvez m'interrompre à tout moment si vous le souhaitez, ou si vous avez besoin de plus d'informations.
- Ce sont vos expériences et opinions qui m'intéressent.

Si vous êtes d'accord, j'aimerais enregistrer l'entretien pour ne pas perdre d'informations et pouvoir rester concentrée sur l'entretien. Êtes-vous d'accord pour que j'enregistre ?

Avez-vous des questions avant de commencer ?

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
2. Pouvez-vous résumer pour moi votre parcours de migration ?
3. Depuis combien de temps êtes-vous ici ?
4. Quelles sont pour vous vos principales difficultés aujourd'hui (si vous en avez) ?
5. Pourquoi venez-vous dans ce centre/dans ce programme ?
6. Quelles sont les choses que vous préférez ici ? Et quelles sont celles que vous n'aimez pas ?
7. Avez-vous eu l'impression d'avoir changé depuis votre arrivée dans le centre/programme ? De quelle manière ?
8. Si vous pouvez changer quelque chose dans ce centre ou ce programme, que changeriez-vous ?
9. Comment définiriez-vous l'ergothérapie ?
10. Pouvez-vous me donner une définition de l'approche communautaire ?
11. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Merci beaucoup pour votre participation. (Si vous le désirez, je pourrai vous envoyer une copie de mon mémoire).

## Annexe 4 : Goal Attainment Scale

Level of Expected OUTCOME 3 months after the course	Rating	Behavioral Statement of EXPECTED OUTCOMES: - GOAL 1	Behavioral Statement of EXPECTED OUTCOMES: - GOAL 2
<b>MUCH MORE</b> Than EXPECTED	+2		
<b>MORE</b> than EXPECTED	+1		
<b>EXPECTED</b> Outcome	0		
<b>LESS</b> than EXPECTED	-1		
<b>MUCH LESS</b> Than EXPECTED	-2		

Source : Sharp (2006) p7. Repéré à : <https://www.betterevaluation.org/en/evaluation-options/GoalAttainmentScales>

## Annexe 5 : Retranscription du témoignage de Faada

L'entretien a duré une petite quinzaine de minutes, devant un chantier de l'association.

- *Pour commencer, peux-tu te présenter en quelques mots ?*

Oui. Je suis né en Guinée depuis, en 1986.

- *Est-ce que tu peux me résumer ton parcours de migration ? D'où es-tu parti et depuis combien de temps es-tu ici ?*

Maximum depuis 2016, le .. 2016 je suis en Suisse. Je suis à Vallorbe depuis cette date-là. Après deux mois de là-bas, ils m'ont envoyé à Neuchâtel, donc j'ai fait maximum ici un mois. Après ils m'ont envoyé aussi à Morges. Donc comme ça ils m'ont envoyé tout plein de même en France et du coup y a une association qui ont essayé de me protéger 6 mois. Maintenant, après 6 mois là, ils m'ont donné un papier un séjour de 6 mois, un permis M<sup>15</sup> de 6 mois, donc ça aussi à un moment ils m'ont encore donné négatif. Après j'ai fait le recours, ils m'ont laissé toujours le permis parce que les médecins ils ont signalé je dois suivre les opérations donc en ce moment ils m'ont laissé le permis. Et un moment j'étais dans l'opération, là il faut toujours réduire le permis encore.

- *Pour toi, là aujourd'hui, quelles sont tes principales difficultés ?*

Mon principal difficulté ici est du coup parce que actuellement je n'ai pas, je vis dans, ça donne une stature très très dur parce que je vis dans impuissance, donc c'est une vie qui n'est pas du tout facile parce que on ne te donne pas un centime. Tout ce qu'on te donne, tu as le manger quand même, il y a le foyer aussi là où tu vas rester mais si tu es un peu malade c'est pas facile aussi de vivre là bas parce qu'en fait il y a beaucoup de monde, qui en a marre. Et du coup, moi des fois, quand je suis opéré je suis obligé, dans 30 minutes je dois sortir à l'hôpital. Donc tu vois, ils me maintient pas à l'hôpital (fait le geste de partir). Tout les opérations que j'ai suivi ici on me opère, dans 30 minutes des fois même dans 10 minutes il faut que je sorte parce que on dit voilà, mon assurance ne va pas payer ça donc il faut que je pars au, comment dirais-je, au foyer. Du coup quand tu vas au foyer y a beaucoup, y a un peu de bruit, des enfants, des gens qui ont marre ils ferment la porte mais mal et du coup tu ne pourras pas dormir. Et des fois vous êtes deux, trois personnes dans la chambre et du coup donc c'est pas facile, c'est pas facile la salle de bains, c'est un peu dur parce que... Des fois moi je dormais avec quelqu'un qui se réveillait à 5 heures du matin, donc du coup moi aussi j'étais trop triste, je ne dors pas et je n'ai pas le droit de lui dire qu'il ne peut pas, qu'il me dérangeait, on était deux dans une petite chambre.

(Interruption par le directeur qui s'en va et nous salue. Faada se lève pour lui serrer la main, rit ensemble)

- *Pourquoi viens-tu à l'association ?*

L'association ici, en fait, donc ici, si tu vis dans comme une stature donc comme on vit aujourd'hui, c'est un endroit juste un lieu de récré avec les gens qui sont ensemble, et encore en fait ça t'aiderait beaucoup. Faut pas que tu restes isolé. (Fais le geste de larmes qui coulent sur le visage) Tu restes triste parce que si tu es seul... Tu n'as aucun droit de marcher parce que... Même avec les autres qui te aident d'avoir un petit l'abonnement d'un mois<sup>16</sup>, et du coup ça te aide de tourner un peu. Et en fait encore, quand tu viens encore tu fais certainement des travaux, comme juste pour ça, et juste et aider des gens, et nettoyage comme ça et voilà. Un peu de travaux que tu fais là ça te donne, ça donne

---

<sup>15</sup> Permis pour les personnes nécessitant des soins médicaux.

<sup>16</sup> L'association permet d'avoir accès à un abonnement de transport en commun.

le corps un peu de sentir, moins de réflexions... Parce que tu arrives à te repenser toutes les choses que tu as vécu. (élève la voix) Et parce que moi du coup, tout ce que j'ai vécu dans mon pays c'était dur. J'étais hospitalisé 6 mois là-bas parce qu'on m'a poignardé et du coup partout ils m'ont poignardé et devenu (terme dans sa langue) et c'est à cause de ça que j'ai suivi 4 fois comme ça opérations ici. Donc des fois c'est les choses que j'ai vécu ici dans les manifestations qui ont tué mes amis devant moi (Pause, regarde ses mains)... Donc voilà j'ai vécu des choses très très dures dans la vie et chez moi donc... Quand tu es là aussi, tu es dans un foyer et là-bas tout le monde a mal, personne n'a pas besoin de parler avec quelqu'un. Donc en fait tu besoin de venir un endroit, là où tu fais un bénévolat, qui te aide de oublier, de pas beaucoup de réfléchir. Sinon finalement ça, bah ça te évite de boire, de l'alcool, je sais que même certains dans le foyer avant il ne fume pas, mais comme il est trop triste maintenant il commence à fumer, il commence à boire, il commence à voilà, faire des conneries (fronce les sourcils). Parce que y a beaucoup de filles là-bas parce que je suis là-bas. Tu vois, à chaque fois que tu peux voir des gens quand même qui boit, qui fume, tu vois même aller au Coop<sup>17</sup> d'aller voler les bières, c'est parce que y a beaucoup de factures qui viennent qui les volent parce qu'ils font rien donc ils sont dé-sin-sé-rés (détache les syllabes du mot). Certains c'est pas juste des abus dans des trucs, c'est juste d'aller voler les bières parce qu'ils ont besoin surtout de l'alcool fort là. Parce que là où ils sont maintenant bah il sait pas qu'est qu'il va faire sa vie. Du coup il subit dans le triste. Parce que des fois tu vois à 5 heures du matin la police vient. Chercher les gens, tout ça. Donc ça choque le corps (croise les bras sur son ventre).

- *C'est un peu un endroit où tu te sens mieux ou pas vraiment ?*

Voilà, ici c'est un endroit que tu te sens mieux de oublier des choses et de faire la journée quand même avec un petite occupation. Ça te aide. Sinon si tu restes la journée va être loin devant toi, là ça va être quand même moins parce que tu sais tu vas à la maison, tu vas manger. En fait quand tu es là avec des mouvements que tu fais et les petits travaux que tu fais, le nettoyage, la patta que tu fais avec des amis, donc tu vois, en fait ça te aide à beaucoup, faut pas que voilà tu penses assez. Moi quand je suis là je vois je fournis le manger à le gens, je vois tout ça, c'est l'occupation. C'est comme si toi aussi tu fais quelque chose dans la vie.

- *Qu'est-ce que tu préfères ici ? Et qu'est-ce que tu aimes moins ?*

Ce que j'aime beaucoup en fait... Depuis que je suis là-bas, ça fait deux ans et quelques, donc ça m'a aidé aujourd'hui comme ce qu'ils font là (montre le bâtiment en travaux derrière nous) et les travaux là. J'ai travaillé dans ça beaucoup, je sais faire maintenant, c'est comme si j'ai un petit métier maintenant (sourit). Avant je sais pas faire (rigole) mais aujourd'hui c'est comme si j'ai un petit métier parce que je sais faire ça. Et encore le partage de rester avec 100 et quelque personnes désireux d'aller dans des pays différents, de vivre avec beaucoup de gens, ça te ouvre aussi l'esprit. Parce que tu vois beaucoup beaucoup de pays différents qui sont là-bas et qui vont partager les mêmes choses donc tu vois, manger le même truc que quelqu'un a cuisiné, des fois c'est de cuisine africain, des fois la cuisine même d'autres pays donc vous allez manger ensemble, ça te découvre beaucoup de choses quoi.

- *As-tu l'impression d'avoir un peu changé depuis que tu es arrivé ici ?*

Oui c'est quelque chose moi je peux dire, voyez y a pas un petit métier. Aujourd'hui c'est bénévolat, et tu fais ça bénévole parce que rien, on te donne pas le centime, mais en fait quand tu apprends beaucoup peut-être que dans les jours ça va te servir. Et du coup toi aussi tu peux apprendre certaines

---

<sup>17</sup> Grande surface suisse.

choses. C'est ça l'aventure (tend ses mains vers l'avant). Et en fait tu vois quelque chose que tu n'as jamais vu donc un jour ça va te aider, toi aussi, même si tu vas partager ça à certaines personnes.

- *Peux-tu me donner une petite définition de l'ergothérapie ? Qu'est-ce l'ergothérapie pour toi ?*  
Mmmm... C'est-à-dire c'est ici que moi j'ai découvert ça. Parce que en Afrique ça n'existe pas. Nous en Afrique une fois que, même si tu as des problèmes dans la tête, donc en fait tu fais pas exprès mais des fois on te met en prison, des fois on te frappe, on te dit c'est qu'il pense pas. Tu as eu des choses difficiles que tu ne peux pas supporter, c'est ça qui te rend de faire des mauvaises idées, des mauvaises choses donc ça ça existe pas. Moi c'est ici que je vis ça pour la première fois. Parce qu'au début moi je pensais que c'était des piqûres qu'on donne (rises), oui selon moi je pensais que c'était du piqûre des trucs... Quand je suis parti je vois c'était on parlait, ils m'ont demandé mon groupe, mon parcours, et en fait le motif qui est arrivé chez moi, et pourquoi je ne dors pas, pourquoi je pense beaucoup mais quand j'ai des difficultés on dit que c'est sur la lucide en cas, si ça t'arrive comment tu vas faire et des choses pareilles donc je vois finalement. Et c'est une aide que normalement donc on m'a parlé en Europe ici on va aider aussi les africains, aussi de trouver des médecins pareils comme ça, c'est une aide aussi pour nous parce que y a beaucoup qui sont malades dans ça en Afrique mais ils n'ont pas le médecin. Donc en fait finalement ils se rendent fous, et, comment dirais-je, ils pensent que... Ici une fois que tu as le problème les jeunes pensent que c'est l'alcool qui enlève, la drogue, ils fument, même s'ils ne fument ou même s'ils ne boivent pas ils rentrent dans l'alcool, dans la drogue ils se disent peut-être je vais oublier. Ça arrive plus grave donc. C'est ça que j'ai vu.

- *À l'association, on dit qu'on a une approche communautaire. Pour toi, c'est quoi une approche communautaire ? Tout à l'heure tu as parlé du fait de rencontrer des gens comme ça. C'est quelque chose qui te plaît ça ?*

Oui moi c'est quelque chose qui me plaît beaucoup parce qu'au foot, moi je suis un ancien de football, j'ai l'habitude de jouer avec beaucoup beaucoup de joueurs tu vois, et le fait de venir... Parce que là-bas on parlait les mêmes langues, le fait de venir encore, de rencontrer encore plusieurs pays et tout, 20 et quelque pays différents comme ça, donc moi c'est quelque chose très riche pour moi. Parce que j'ai vu, ils m'ont appris même de faire certaines cuisines que je connais pas comme le manger tigrinien, que je connais pas, issarah, donc aujourd'hui je fais ça. Avant comme c'était des mangers que je n'avais pas découvrir mais maintenant grâce à cette communauté et maintenant aujourd'hui, on puisse partager certaines choses, et même des fois je rigole avec certaines, je salue avec leur langue, je dis (nom d'un autre bénéficiaire), vient on va manger, je salue, Salam, c'est pas ma langue mais c'est des langues étrangères comme les érythréens mais tu vois c'est... Comme on est associés c'est ça, pour que tout le monde en profiter. Parce que chaque personne a quelque chose. Même si y a certaines, même si il a pas de métier mais quand même avec les gens il rigole bien il sait partager, il sait faire communiquer avec les gens, donc ça correspond à quelque chose qu'il peut donner. Donc moi quand même l'association m'a trop trop aidé ici, parce que je ne connais pas à part lui ici où je vais aller. Si je ne viens pas ici le matin il faut que je reste au foyer et si je reste au foyer, monter descendre, monter descendre, ça n'arrange rien. Ça augmente ma maladie parce que je suis malheureux. Réfléchir, penser parce que je suis là, je vis tout, j'ai suivi des opérations, je suis dans le négatif et rien, donc en fait moi ça me aide l'association d'aller là-bas et de faire quelque chose dans la vie. Parce que même avec, comment dirais-je, EVAM<sup>18</sup> ils m'ont proposé le travail lorsque j'avais le permis M mais lorsque j'ai perdu j'ai bloqué tout ça, tu vois... Donc faire bénévole c'est pas à cause de l'argent quelque chose,

---

<sup>18</sup> Service social qui accompagne les migrants dans le canton.

c'est aussi seulement pour te rencontrer avec les gens, d'avoir certaines expériences aussi qui te manque toi aussi, pour compléter et pour aider encore les choses douloureuses que tu as vues sur toi, dans ta vie. Faut pas c'est des choses qui t'as tué dans le corps, qui étaient pas faciles mais quand même des fois de oublier voilà ça fait du bien. Moi des fois y a des choses dans mon corps que je ne peux jamais oublier. Pardonner, mais quand même tu peux oublier, continuer voilà. Avec ça, ça t'aide à continuer. Même si les opérations que j'ai suivi ici ça m'a pas bien guéri, les médecins ils disent peut-être ici (montre sa tête) ça peut guérir, c'est quelque chose quand y a malade, ça fait aussi mal à la tête. Et tu vis encore à un endroit qui a pas trop de l'accès de vivre. Parce que ça fait honte même de montrer un papier blanc là où y a pas ta photo, de montrer ça a quelqu'un bulle parce que c'est ton seul papier pour toi. Donc tout ça, c'est grâce à les médecins et cette association qui nous aide à oublier.

- *Merci beaucoup pour ton témoignage. As-tu autre chose que tu souhaites partager sur ça ?*  
(Sourit) Non non c'est tout. Merci pour ton temps de parler ensemble, ça aide.

## Annexe 6 : Retranscription du témoignage de Diallo

L'entretien s'est déroulé un soir par téléphone (WhatsApp). Diallo se trouvait alors en Italie. L'entretien a duré une quinzaine de minutes.

- *Pour commencer, peux-tu m'expliquer qui tu es et quel es ton parcours ?*

En fait je viens de la Guinée en Afrique, j'ai quitté la Guinée en 2013 pour prendre la route. J'ai passé par Mali Bamako, j'ai passé par le Burkina-Faso, par le Niger, et l'Algérie. Et parmi ce parcours sur les routes y a des difficultés, y a la police à chaque frontière qui demande de l'argent, valeur 15 euros, certains demandent une valeur de 30 à 40 euros et on était obligés à payer parce que on voulait partir, je suis pas seul, nous sommes des milliers. Et j'ai quitté mon pays, la Guinée par le Burkina-Faso, le Niger, je suis arrivé en Algérie, bah l'argent était fini. Bah j'ai été obligé à travailler dans le noir pour avoir à manger et pour avoir le transport pour y aller dehors. Et en ce temps, j'ai travaillé comme, j'ai fait de la maçonnerie et même de la peinture, et au bout d'un certain temps tout ça là a été stoppé et je faisais en fait le jardinage. Et lorsque j'ai quitté en fait là-bas, vers 2016, j'ai fait deux ans là-bas. En 2016 j'ai quitté l'Algérie, j'ai fait la route pour aller en Lybie. Et la Lybie on est resté pendant, pendant 3 mois, comment dirais-je, à côté de l'eau pour nous faire passer, pour nous faire passer par les Zodiacs, et pendant c'est 3 mois là on était dans le camp. Tout le temps il y avait les arabes, qui venaient là-bas, en fait, ils nous torturaient certains de nous, ils violaient les femmes, ils frappaient les enfants. Même c'est eux qui donnent de l'eau propre parce que à côté de la mer il y a que l'eau de la mer, elle est un peu à boire. Et les gens qu'on avait payé notre trajet pour nous conduire en Europe ce sont des « cockers », on l'appelle les « cockers ». Ces cockers c'est qu'ils nous envoient vers là-bas, et puis ils négocient avec les arabes pour nous faire payer des soldats, puis les moteurs, puis l'essence... Donc c'est les même cockers qui sont chargés de donner à manger par jour, une fois par jour. Pour ne pas qu'on meurt de faim. Et c'est là-bas, les 3 mois que j'ai fait, 3 mois là-bas dans le centre, j'ai vécu beaucoup de choses là-bas. Et maintenant j'ai payé mon transport pour venir en Europe. Je suis arrivé en Italie en 2016, en ... , le ... 2016. Je suis arrivé en Italie et arrivé là-bas, jusqu'en 2017 j'étais là-bas. En 2017, le troisième mois 2017, mars, j'ai quitté l'Italie parce que je n'avais pas une vie normale.

- *Qu'entends-tu par une « vie normale » ?*

Une vie normale je veux dire, bah j'étais malade dans le *campo* là où j'étais, et avec les policiers, les, comment dirais-je, les docteurs ça prenait du temps avant qu'on te prend. Et si ils prend rendez-vous avec toi, on va te dire de boire de l'eau pendant que toi tu sens, en fait tu as mal soit de par le ventre, les maux de tête ou la fièvre ou autre... Et j'ai perdu un ami, guinéen comme moi. On vient du même pays mais on est pas venus dans le même bateau pour aller là. Il est mort comme ça et moi j'ai vu ça j'étais, j'avais peur. Et je me suis renseigné, à propos des gens, quels sont les pays en Europe qui parlent français en dehors de la France et ils m'ont dit ouais y a la Belgique, ils m'ont dit ouais y a la Suisse. Et donc je suis parti vers Torino pour voir si je pouvais monter vers Monaco, on m'a refoulé plus de 12 fois, à la frontière. Du coup j'ai pris la route vers la Suisse, j'ai tenté juste une fois et je suis entré.

- *Combien de temps es-tu resté en Suisse ?*

En Suisse je suis resté pendant, je pense, 9 mois ou 10 mois comme ça.

- *Comment as-tu entendu parler de l'association et des ergothérapeutes ?*

Eh bien l'association, en fait c'est une association qui aide les immigrants à bénéficier, à avoir en fait quelques, l'argent, les droits pour en avoir en fait un peu. C'est environ 100 euros par mois, 100 francs

en fait suisses par mois. Et ils s'occupent aussi des immigrants à s'intégrer, d'aider les immigrants aussi à le donner en fait à manger, et les aide aussi l'abonnement du train par mois avec l'aide sociale. Et en fait, y a aussi les immigrants en fait, passer leur journée dans un endroit calme, et tout le monde a le sourire. Donc l'équipe s'occupe vraiment des immigrants dans la vraie vie. Et aussi, ils aident aussi les personnes qui sont dans les difficultés de papiers et ceux qui ont eu une décision négative. Et aussi y a une personne à l'entrée si t'es occupé, si t'as pas compris ce qui est écrit et qui voit tout ça et expliquer pourquoi, qu'est-ce que tu dois faire et voilà.

- *Qu'est-ce que tu préférerais là-bas ?*

Ce qui était le plus important pour moi à l'association c'est deux à trois choses. Oui parce que, je suis dans un foyer, j'ai pas une bonne vie, et je n'avais pas où partir, j'ai pas d'amis. Je partais là-bas pour passer la journée. Pour faire une aide, pour faire la cuisine africaine (rires). Et gagner un peu, comment dire, le sourire des gens, et faire des connaissances avec les gens. (Pause) Et aussi, je profitais aussi en même temps d'avoir l'abonnement et aussi par mois on me donnait en fait 100 euros, si je travaillais de plus dans l'autre atelier, il me donnait pour là-bas plus. Ça dépend le nombre que je suis venu par mois. Et pour ça aussi, l'argent que j'ai gagné, parce que en Afrique y a une personne qui compte très fort pour moi, ma petite sœur. Mes parents en fait ils sont décédés et bah ce que je gagne là-bas les 100 euros, parfois 150, je l'envoie pour payer son, sa scolarité. (Pause) J'ai pas de papier, je suis illégal, mais tout ce que j'ai gagné je pars tout là-bas, et c'est pas mal parce que, des fois même pas chercher de nourriture parce que c'est très difficile pour moi parce que j'ai pas d'argent, et c'est là-bas en fait qu'on me donnait tout ça.

- *Est-ce qu'il y avait des choses que tu n'aimais pas ?*

Des choses que j'aime moins, oui... J'aime bien en fait les personnes qui sont, euh ouvertes envers moi. Parce que moi je pensais autrement, je pensais tout le monde est méchant. Et ce que j'aimais là-bas aussi, c'est quand je suis là-bas c'est comme si j'étais dans mon pays. Je peux parler avec tout le monde, je rigole avec tout le monde, aussi j'étais pas stressé. C'est ça, là j'ai personne d'autre avec qui parler ou avec qui dialoguer ou avec, faire des propositions, échanger des paroles... J'avais pas, c'était le seul endroit que j'avais. En Italie, c'était, c'était impossible. Quand je vois la différence ici...

- *As-tu l'impression que l'ergothérapie t'as apporté quelque chose ?*

Oui ça m'a aidé à m'intégrer là-bas. L'association en plus parce que en fait je travaille, ça fait du volontaire – voluntary...

- *Volontariat ?*

Yeah ! Volontariat. Parce que je faisais pour eux la peinture, et je, je construis un mur là-bas aussi... Je pense bien tu avais vu (rires).

- *Oui, je me souviens !*

J'ai les photos ! Ouais et j'ai fait un peu de carreaux, pour le carrelage, j'ai fait. Et vraiment, ils ont vu mon travail, ils ont apprécié, ils ont eu confiance en moi ! Et moi aussi je lui ai fait confiance. Et c'est ça en fait, qui m'a aidé le plus, qui m'a poussé à devant la force, à travailler avec eux.

- *Comment est-ce que tu pourrais définir l'ergothérapie aujourd'hui ?*

Comme en fait, .... (cite des prénoms d'ergothérapeutes) je suis pas trop avec eux mais je vois des gens qui demandent vers eux pour leur demander de leur citation en fait. Donc ils ont eu une décision négative en fait, ils demandent. (Nom d'un éducateur) c'est pareil en fait, eux ils vont nous faire ce qu'il disait... Donc si c'est pour les factures ou pour les autres, ils se chargent de ça pour les urgences.

- *Est-ce que tu pourrais définir l'approche communautaire de l'association ?*

Oui ça m'a marqué beaucoup, parce que tous les gens que j'étais là-bas, y en a beaucoup qui m'ont contacté, j'ai vu mon importance, quand j'étais là-bas. Et j'ai vu la finale de mon travail que j'avais fait,

j'ai reçu la vidéo. Ma présence en fait ce n'était pas comme si je n'existais pas. Lorsque j'ai été envoyé là, le premier contact que j'ai fait... Tout le monde était là présent, j'ai reçu des appels partout, des SMS, des vocaux. (Pause). Et vraiment, je sentais que vraiment j'existe. Et ils m'ont pas oublié. Et ce qu'ils ont fait pour moi en fait, c'est pas justement pour le plaisir mais pour toujours, à cause en fait de la connaissance et de la métier. Et surtout la confiance ! Ouais... C'est ça qui m'a marqué en fait dans le présent. Parce qu'en fait dans le présent t'es là y a rien, mais c'est quand tu quittes, qu'on te fait quitter, bah c'est là que tu connais vraiment, tu rends compte en fait tu es considéré.

- *Merci beaucoup d'avoir accepté de partager tout ça avec moi. As-tu autre chose à rajouter ?*

Non pour le moment c'est tout, parce que je ne me rappelle pas de certains, mais si jamais je te laisserai des vocaux... (Rires)

## Annexe 7 : Retranscription de l'entretien de l'ergothérapeute Lucie

L'entretien s'est déroulé un dimanche après-midi par téléphone (WhatsApp). Il a duré environ 35 minutes.

- *Peux-tu te présenter en quelques mots ? Dans quel type de structure travailles-tu et depuis combien de temps ?*

Je suis ergothérapeute depuis 2018. Et puis, dans le cadre de mon travail de mémoire j'avais travaillé un peu sur ce thème-là, ce qui a fait que début novembre j'ai intégré l'association et puis du coup à ce jour ça fait six mois que je travaille.

- *Et donc tu travailles auprès de quelle population exactement ?*

Nous on travaille auprès des personnes qui sont requérantes du droit d'asile, donc qui viennent d'arriver en Suisse et puis qui sont en attente d'un permis de séjour, ou des personnes qui ont été déboutés du droit d'asile, c'est-à-dire qu'elle se retrouve à l'aide d'urgence et puis en attente d'être renvoyés dans leurs pays. Ça c'est pour la plus grosse majorité, il y en a aussi une petite minorité de personnes qui sont de nationalité suisse et qui sont, elles, à l'aide sociale.

- *Du coup, qu'elles sont leurs principales demandes ?*

Majoritairement, la demande principale c'est d'avoir du lien social. Et puis toujours de l'activité mais finalement alors après, je crois qu'on a une part de responsabilité aussi, mais finalement dans les personnes qui participent vraiment activement dans une activité très concrète, bah finalement c'est assez limité. Après ça dépend aussi avec quels points tu veux, quelle analyse de l'activité tu fais parce que finalement déjà rien que le fait de sortir de son foyer, de prendre les transports en commun, de venir jusqu'à l'association, bah ça peut être déjà compter comme ça quoi. Parce que c'est venir boire un café et puis voilà quoi.

- *Pour toi, quels sont leurs principaux besoins aujourd'hui ?*

Le besoin majeur qui fait que de toute façon la personne ne peut pas se construire, de toute façon c'est des personnes mais complètement démolies au cours du parcours de migration essentiellement, et puis même les personnes qui sont à l'aide sociale aussi. Mais c'est vrai qu'elles ont été complètement, mais des fois elles, enfin on les a réduites en miettes, on leur a enlevé toute identité. Et puis, je trouve que le besoin essentiel pour repartir sur un élan, sur un nouvel élan, et aider à se reconstruire ce serait déjà d'avoir un permis, d'avoir une situation qui soit administrative et juridique des plus pérennes, quoi. Après les autres besoins c'est bah du coup du travail, mais sans permis bah tu peux pas travailler, et puis voilà, c'est de s'assumer, d'être responsable, toutes ces notions des soins personnels si tu prends la MCREO, bah voilà. C'est pouvoir être autonome, indépendant, de pouvoir s'assumer, prendre ses responsabilités, et puis voilà quoi fin... Reprendre une vie normale dans une nouvelle culture, dans un nouvel endroit quoi. Après c'est vrai que la plupart des ... Je suis désolée parce que du coup je te parle à travers la MCREO mais, là on questionne un peu plus quand les personnes arrivent... Parce que jusqu'à maintenant voilà on accueillait à bras ouverts et finalement on se rend compte que ça nous pose aussi beaucoup de problèmes, donc on fait plus des entretiens, on essaie de quand même prendre le temps maintenant, de poser plus la discussion, de vraiment prendre un temps d'échange, chose qui n'était pas faite avant systématiquement. Après voilà, on ne leur demande jamais un peu les détails du parcours de migration, les raisons pourquoi elles viennent et tout ça, mais dans l'échange du coup maintenant... On voit bien en fait nous on a une activité concrète

c'est la mosaïque. Après la mosaïque y a des gens pour qui ça rappelle des mauvais souvenirs, y a des gens euh qui s'estiment encore pas capables. Parce que tu vois tu leur montres un truc, un outil et bein, ils disent mais moi jamais je serais capable de faire ça, donc ils se dévalorisent énormément. Et puis en fait y a plein de freins qui font que, en fait, que l'activité en fait peut de pas plaire, après y en a d'autres chez qui ça fonctionne très bien et c'est pour ça qu'on continue les chantiers. On prend mais du coup voilà, si on réfléchissait à faire de nouvelles activités, à proposer de nouvelles activités, et du coup à l'entretien moi je demande un peu, bah vous, vous aimez faire quoi de votre temps libre ? Et puis en fait d'un point de vue culturel tu te rends compte que le loisir c'est peut-être aussi très culturel, occidental en fait. Parce que si tu prends une personne qui est en Érythrée, d'Éthiopie, d'Afghanistan, d'Irak, d'Iran bah la notion du loisir tu vois d'un point de vue social... Et puis les personnes qu'on a là c'est pas les plus aisés, c'est pas les plus aisés du pays quoi. Donc la notion du loisir elle est très peu présente quand même.

- *Ils sont encore en mode survie en fait ?*

Bah oui parce que déjà pour eux ils vont... enfin ils ont vécu un truc qui est juste horrible d'un point de vue humain où tu te dis mais enfin c'est un être humain comme toi et moi et puis comment on peut laisser vivre, laisser faire, accepter que des gens vivent ça, tu vois ? Moi j'ai vraiment du mal là-dessus, enfin franchement ça a été un peu mon grand combat depuis que je suis arrivée dans cette association mais voilà, on apprend des choses. En question de survie bah oui parce qu'en fait eux du coup à l'arrivée ils fuient quelque chose d'horrible, ils vivent quelque chose d'horrible, donc euh après ils tiennent bon en disant bah à l'arrivée ça va aller, à l'arrivée ça va aller et puis en fait bah finalement quand ils arrivent là, on les traite peut-être pas mieux en fait. Enfin voilà, y a des règles, y a tout un système de protection qui existe quand même, mais en fait finalement c'est pas ça qui les aide à se reconstruire quoi. Et puis ça devient de la survie aussi enfin. Quand t'as certaines familles qui sont clandestines bah, on leur donne... Enfin tu vois.

- *Tu as parlé de la MCREO tout à l'heure, sur quelles techniques ou approches te bases-tu, toi et l'établissement, et pourquoi ?*

Euh, sur la technique de l'humain ? (rires) sur la base qu'on est tous être humain ? Ça va comme réponse ou pas ? Finalement y a plein de... Moi je te parlais à travers ce modèle-là parce qu'en fait en écrivant l'article je me mets dedans et puis ensuite voilà, j'ai fait mon bachelor à travers ça mais euh l'idée c'est qu'après tu peux aussi avoir le PEO, tu peux avoir plein de choses. Et puis aussi tu peux même utiliser le MOH, le modèle Kawa, des choses comme ça. Mais finalement aussi on est un lieu aussi on a fait le choix de se dire mais on sort de tout ça, on rend juste une part d'humanité. Et puis voilà, c'est pour ça que nous aussi des fois on demande pas forcément de diagnostic, on demande pas forcément... Enfin tu vois, on est pas un truc où on questionne à nouveau comme s'amuse le Service d'état de la Migration tu vois. On accueille la personne comme elle vient et puis ce qu'elle a envie de nous dire et puis du coup c'est vrai que vu que c'est géré sans modèle, bah même les outils des modèles en fait on fait pas tu vois. C'est juste basé sur du bon sens, de l'échange et des demandes. Parce qu'en même temps voilà, on pourrait utiliser un truc plus vraiment fondé ergo, des modèles vraiment typiquement ergo mais en même temps, bah pour faire des rapports puis pour répondre aux assurances maladies, bah en étant en accord aussi avec l'association des ergos de Zurick, bah en fait on utilise la CIF. Et il n'y a rien de plus réducteur que le modèle de la CIF finalement, et il n'y a rien de moins ergo que ça en fait. Parce que la CIF ben t'es médecin, t'es kiné, t'es sage-femme, t'es infirmière, ce que tu veux, tu peux utiliser la CIF quoi.

- *L'association défend une approche dite communautaire. Pourrais-tu me définir comment vous mettez ça en place ici ? Qu'est-ce que vous entendez par cela ?*

Bah ça dépend, moi je te définirai la notion communautaire d'une façon et puis mes collègues te définiront d'une autre façon... Je pense que quand on se dit communautaire en fait je pense que l'idée globale c'est que dans une communauté déjà tu vois des gens qui sont liés entre eux. Tu vois un groupe d'individus qui ont une cause commune un peu tu vois, et puis l'approche communautaire en fait après c'est aussi, cela veut dire que l'on intervient dans la ville, on fait différents chantiers de mosaïques et tout ça, que l'on n'hésite pas à aller dans la ville si on a besoin de faire les choses, on n'est pas cloisonné au sein d'une institution. Et puis en même temps, on est ancrés dans un quartier. Cela veut dire que là maintenant, on vient de déménager donc c'est d'autant plus flagrant mais je veux dire il y a les voisins qui passent, tu vois on discute. Enfin en même temps, moi l'autre jour la veille de l'inauguration je discutais avec une dame, elle a quoi elle avait huitante ans quoi je pense, on commence à discuter puis elle me dit « oh, comment on appelle ces gens-là ? Vous savez... » Pis je dis ça, je dis bah je sais pas, je prends bah la tête vous me dites quoi, « bah vous savez là ces gens de couleurs là, comment on les appelle et tout ? » bah je lui dis « bah je sais pas comment on les appelle, juste des êtres humains finalement. » Mais elle je pense qu'elle voulait parler de la migration tout ça, et moi derrière j'avais les bénéficiaires qui étaient dehors sur le quai, sur le balcon, qui étaient dehors sur le balcon et qui me faisaient des coucous derrière. C'est trop drôle d'avoir ce décalage-là. Puis elle me dit (prend une voix maniérée) « Oui, certainement. Probablement, vous avez probablement raison, c'est des humains en fait. » Bah ouais en fait. Pourquoi on arrive à se poser des questions en fait, à mettre des catégories quoi. Enfin bref. Du coup on vit dans le, on vit dans le voilà quoi. On est pas dans une institution, on est ouvert, là on a une boîte de production de films qui est juste à côté et en fait l'autre jour elles sont passées, elles étaient intriguées déjà et puis en fait elles sont venues et puis finalement c'est pour faire une reproduction de salle de bains, cuisine ou chambre je ne sais plus ce qu'elles avaient besoin, mais en fait c'est nous qui y sommes allés. En plus de ça elles ont tourné leur film dans une école d'art du canton. Et puis bah nous on a été, un collègue avec quelques bénéficiaires y sont allés sur une semaine pour préparer ce faux, cette reproduction de pièce quoi en fait. Alors que finalement, c'est pas du tout notre truc mais en fait on est juste passé de ok nous on fait de mosaïque, on a besoin de carrelage à l'ancienne, donc comment on peut faire et finalement c'est eux qu'on fait le chantier quoi. Donc voilà, finalement, on est assez ouvert et puis voilà. Petit à petit les voisins commencent à s'intéresser, et puis voilà. Communautaire parce que, après là pour l'instant on le fait pas forcément, mais communautaire c'est aussi sortir un peu de ce cadre de santé publique où on te dit toi en tant que thérapeute tu sais bien et les politiques disent et après les thérapeutes font, et puis finalement la personne elle a très peu souvent son mot à dire. Puis là avec mon collègue on aimerait bien pouvoir voir dans le temps pouvoir se pencher sur reprendre l'ensemble des personnes accueillies parce que l'on a quand même plusieurs centaines de personnes accueillies donc bah voilà, et puis de pouvoir revoir les besoins en fait, de pouvoir requestionner sur les besoins de santé qu'ils ont vraiment, qu'est-ce qu'ils attendent et tout ça, pour nous pour qu'on puisse vraiment répondre à leurs attentes. Ça c'est un projet, en tout cas moi ça me tient vraiment à cœur, mes collègues aussi, après est-ce qu'on arrivera à le faire, gérer ça, parce que je pense que c'est central et puis faut bien se remettre en question quoi. Et puis communautaire après tu vois y a encore une autre signification : c'est-à-dire que tu prends la communauté donc un groupe, et puis voilà. C'est faire ensemble, prendre des repas ensemble et puis c'est recréer du lien et puis, et puis voilà. C'est vivre, vivre et aimer (rires). Voilà comment tu peux le définir ! (rires)

- *Aujourd'hui, est-ce que tu as un peu de retour sur ta pratique ? Est-ce que tu as pu observer déjà des bénéfices chez les bénéficiaires ?*

Depuis que je suis là ?

- *Oui.*

Alors bah au début ça m'a un peu impressionné, parce que déjà, rencontrer du lien, faire du lien avec les gens, comment ça se passe. Surtout que tu as la barrière de la langue, puis quand tu as la barrière culturelle aussi parce que, bah finalement, j'ai eu pas mal aussi de déclarations d'amour par rapport à mon collègue qui est homme par exemple (rires). C'est assez drôle mais voilà, ça complique un peu les choses. Parce qu'ils sont, puis il y a plein de choses à voir derrière ça en tout cas. Parce que t'es là toute gentille, toute souriante, t'es bienveillante, du coup tout de suite t'es... Puis c'est aussi humain d'avoir des projections comme ça quoi. (Rires) Ça tu pourras l'enlever de ton enregistrement ! Bon du coup, les bénéfices que j'ai vu, alors oui, bon, ça on devrait pas trop le dire mais une personne qui n'est pas en situation des plus régulières qui vient, mais avant de venir elle était pas sortie de chez elle, et puis très craintif, très en retrait finalement, qui ne parlait pas forcément, qui s'adressait forcément essentiellement aux membres de l'équipe, et puis petit à petit on l'a pris avec nous aux chantiers, après c'était quasiment lui qui faisait la vaisselle tous les jours, ainsi de suite, ainsi de suite, finalement on fait la fête de Noël, il se met à danser, à l'inauguration, il danse... Finalement, en fait, il a très peu de lien avec la communauté de son pays et puis il en a plus avec d'autres, parce que c'est devenu un peu un emblème dans l'atelier en vrai ! Tu vois, il était tout le temps avec la communauté érythréenne, et puis ils se charrient, l'autre jour je le vois servir un verre d'eau à un autre bénéficiaire ; je lui dis : « Mais qu'est-ce que tu fais ? ». Tu sais, il a mal au dos et il me dit : « Mais oui, mais il a mal au dos ! » Je lui dis : « Il a peut-être mal au dos mais il est en mesure de boire tout seul quoi ! (rires) » Je vais voir l'autre bénéficiaire et je lui dis : « Quand même, t'exagère, t'exagère ! ». Qu'est-ce qu'on a rigolé ! C'était assez drôle tu vois, là. Et pour reprendre sur ce jeune, bah le week-end dernier, il parlait, il s'est remis à refaire une activité ! Donc après voilà, il prend des risques, mais il s'est remis à refaire du volley, alors qu'avant il adorait faire du volley puis quand il s'est mis clandestin bah dans l'illégalité il a tout arrêté vraiment. Et puis là, cette semaine il arrive et il dit : « Ah moi j'ai gagné ça ce week-end ! ». En fait ils ont fait avec l'équipe de son pays, sa communauté, au bord du lac il y avait un truc de volley-ball et ils ont gagné et il était tout fier de nous montrer sa médaille, donc globalement on voit que ça signifie, pareil il fait du travail dans une boulangerie la nuit, ça prend moins de risque... Mais voilà petit à petit, pour quelqu'un qui est resté pendant un an et demi cloîtré chez lui à ne faire que de regarder la télévision, bah, petit à petit, ça y est, il reprend un peu confiance en ses capacités, et puis voilà. Pourtant nous on n'a rien fait de particulier, on l'a juste accueilli. Au final, l'autre jour il m'a fait trop rire parce qu'il a dit : « Ok »... Puis il a repris des cours de français, il fait de la menuiserie avec une autre association, mais il s'éclate. Et c'est vraiment incroyable. Et puis l'autre jour il me dit : « Ok, moi, j'ai école, je dois partir » puis il avait ramené, il avait rameuté un peu toutes les personnes de sa communauté, il leur a demandé dans leurs langues de faire la vaisselle parce qu'il en avait marre, pour lui ça lui faisait honte un peu, tu vois. En fait c'était des gens qui venaient, qui mangeaient, puis qui partaient et qui n'aidaient jamais et puis bah lui ça lui faisait honte, il ne voulait pas qu'on ait cette représentation-là de cette population, donc du coup il les a mis devant, quoi. Bon, ils ne sont jamais revenus spontanément (rires), mais le plus drôle c'est l'énergie qu'il a mis, quoi. Et puis, dernièrement j'ai accueilli aussi un monsieur qui est d'origine afghane, qui est arrivé avec une infirmière de l'équipe mobile et une étudiante infirmière, et la personne était mais tellement repliée sur elle-même ! On a parlé en anglais, puis quand je lui posais des questions, c'était oui, non, très évasif, le regard mais craintif, la tête tombante... Puis je me suis dit, bon, il est sympa a priori, il vient déjà chez nous depuis quelque temps, et là, tu voyais que c'était vraiment une dépression bien profonde, bien ancrée... Puis du coup, je regarde les infirmières et je dis, bon bah de toute façon, ça va être l'heure du repas, a priori il a salué des gens de sa communauté, on s'installe pour manger, puis je me dis bon, je vais

arrêter de lui poser trop de questions, alors que déjà tu vois on avait trop de questions, puis je pense que ce qu'on a de mieux à faire c'est qu'on se lance dans l'activité quoi ! Du coup voilà, ça passe, la journée il mange, à la fin du repas je vois il était tout bien avec les gens de sa communauté, je m'approche de lui et je lui parle, de nouveau il se replie sur lui... Je me dis ok, je ne m'approche pas trop. Et puis, une semaine passe, et puis là, lundi, donc ça faisait deux semaines quoi, deux semaines et demies qu'il était là quoi... lundi je le vois, je vais le saluer puis il me dit bonjour, avec le sourire. Donc déjà, je lui fais remarquer, il sourit encore plus ! Et il me dit, écoutez, on peut se voir pour commencer la mosaïque ? Mais alors là, je le regarde, et je me dis, mais complet quoi ! Donc maintenant, il est sur sa mosaïque, et en plus de ça, il se débrouille très bien, il est sur une table avec des gens qui ne parle pas forcément le farsi, mais voilà, il s'en sort. Et en plus de ça, il vient, mais pas forcément que avec sa femme, enfin tu vois.

- *C'est des jolies histoires personnelles quoi...*

Oui, mais après des histoires comme ça, y en a plein d'autres ! (rires)

- *On a parlé des effets positifs, il y a quand même je suppose quelques petites difficultés un peu au quotidien ? Des limites un petit peu dans l'action ?*

(Rires) Oui ! Bah euh la problématique c'est qu'on a énormément de monde. Alors tant mieux, parce que dans l'idée, moi je pars du principe qu'être une petite équipe, parce que du coup on n'est pas là pour... L'idée du fondateur c'était vraiment que tout le monde est horizontal et c'est ce qu'on voit, puis que tout le monde a vraiment son mot à dire, sur euh. Tu vois moi par exemple l'activité cuisine nous on met des trucs de base à disposition, mais après, comme on choisit pas c'est une association qui nous livre les invendus en fait des supermarchés, en fait c'est l'équipe cuisine du jour qui décide de ce qu'ils font à manger mais nous on ne prend aucunement de position. Pour les gens, j'ai juste demandé à ce qu'ils mettent moins de piments, parce que toutes les personnes qui ne sont pas de communauté africaine bah on n'en pouvait plus on finit la bouche en feu c'est horrible... (Rires). D'ailleurs pour la petite histoire Jim<sup>19</sup> a fini, je lui dis mais Jim ça va et tout ? Il me dit humhum tu vois, enfin sa communication à lui, et puis la discussion repart avec Jim et en fait j'étais là puis je dis mais c'est pas possible, tu vas nous faire un malaise et tout !

- *Oh nan !*

Trop de piment ! Il enlève sa veste, il était en sueur, il était en nage quoi ! Il ne supportait pas le piment quoi. Il était là, à deux doigts de faire un malaise quoi, mais j'ai halluciné (rires).

Et puis, mince qu'est-ce que je voulais dire ? Ah donc voilà des fois en fait y a des personnes qui viennent et en fait nous on a un fonctionnement aussi qui est assez particulier, bah dans l'horizontalité du coup c'est très bien, et puis on fait assez vite confiance, parce qu'on n'est pas là du genre, nan mais le problème aussi c'est qu'on voit qu'il y a le bouche-à-oreille aussi, c'est normal, et puis des fois on a des difficultés bah par rapport aux collaborateurs médicaux et puis, parce que le gros souci en fait c'est... C'est un énorme avantage parce qu'en fait parce que c'est besoin qui est fondamental finalement, et puis ça on ne l'aborde pas assez finalement en tant que professionnels de santé, c'est le besoin d'argent en fait. Et tout à l'heure on a parlé du besoin de permis, mais le besoin d'argent il est là aussi et puis le fondateur il a dit ok, en fait, bah on fonctionne avec le minimum et puis de toute façon les œuvres que l'on fait, les chantiers tout ça c'est rémunéré en fait, mais voilà on est quand même une association à but lucratif, pour faire de l'argent et puis en fait, bein en fonctionnant au minimum parce qu'on redonne une partie de l'argent qu'on a à ces personnes-là, un minimum quoi.

---

<sup>19</sup> Nom changé.

Donc c'est vraiment à hauteur de 100 francs mais pour eux c'est énorme. Parce que quand tu es à l'aide d'urgence tu vis avec 7 francs par jour et puis que des bons alimentaires donc en fait tu n'as aucun argent quasiment pour le reste quoi. Bah du coup le problème en fait c'est qu'ils ont bien compris les trucs et tout, puis bah on donne à manger, y en a qui viennent « oui j'ai besoin d'activités machin », puis finalement en fait on les voit très bien, puis ils viennent, ils font voir qu'ils sont présents puis ils repartent mais à la fin du mois ils auront la même somme d'argent que les autres personnes qui participent vraiment et puis là on voit que même en changeant un peu là, en déménageant là aussi, y a une nouvelle dynamique aussi dans la cuisine par exemple, c'est une pièce centrale, ils sont partout, comme chez nous c'est une pièce centrale la cuisine et puis bah les gens ils voient ça un peu et puis ils commencent à râler, à dire mais attend nous on se décarcasse, on fait à manger, y en a qui font la vaisselle, y en a qui font le ménage et puis on est payé la même somme et puis bah c'est vrai que c'est pas juste quoi. Et puis nous, on est aussi en train de dire que, ok, jusqu'à maintenant on n'a jamais pris cette position-là mais en fait maintenant en déménageant et puis en voyant un peu ce flux, et puis les difficultés qu'on a aussi nous pour engager les gens dans l'activité, donc c'est aussi pour ça quoi. Fin, tout à l'heure je disais qu'on reposait des questions de qu'est-ce que les gens ont vraiment besoin vis-à-vis de la santé, pour un but de promotion de la santé puis euh de mobiliser les ressources des personnes, mais en fait c'est aussi de se dire, comment dans un sens pratique faciliter l'engagement dans l'activité parce que, bah là on a un chantier dans une école, bah en fait quand on demande aux gens bizarrement ils ont toujours un rendez-vous, ils ont toujours machin. En fait on a quasiment peu de personnes qui se mobilisent pour venir sur les chantiers alors que c'est, logiquement c'est notre activité principale. Alors en fait finalement l'argent aide mais en même temps l'argent nous dessert et puis en même temps c'est comme dans tout système politique en général quoi.

- *Oui, c'est ça. Du coup en fait est-ce que tu penses que toutes ces interventions-là ça va avoir un impact sur la participation occupationnelle et la participation sociale du coup de la personne ? C'est un peu ce que tu racontais tout à l'heure avec les histoires, mais est-ce que tu arrives à le voir jusque-là, où c'est encore trop... ?*

Oui alors, au sein de l'association oui, ça il y a. (Rires) Ça c'est sûr ! Mais vers la communauté, je ne pense pas, enfin ça dépend parce que finalement en fait, fin voilà on travaille avec une population ou finalement en fait tu vois suivant le type de permis que tu as les droits sont complètement différents. Pour certains t'as pas le droit de sortir du canton, pour d'autres tu peux... Enfin y en a qui ont le droit de travail, y en a qui n'ont pas le droit de travail... En fait ça dépend. C'est un système qui est très restrictif et presque répressif, surtout avec la nouvelle loi qui a changé sur la ville depuis le 1<sup>er</sup> mars. Donc en fait c'est une personne, donc en fait de pouvoir agir sur les règles en extérieur c'est très compliqué. Après par contre en participation occupationnelle, pour certains, en vrai nan à l'association ils ont cette somme d'argent qui bah derrière ça leur permet de faire d'autres choses. C'est comme cette soirée sur le thème de l'Érythrée qui est un pays en termes d'humain qui est très catastrophique comme beaucoup, mais là si tu vois par exemple sur la torture, l'esclavage tout ça enfin... C'est toujours un pays qui est classé avant la Corée du Nord, tu vois ! Et puis ça on n'en parle pas du tout tu vois médiatiquement, on informe pas du tout la population là-dessus. Du coup c'était une soirée sur ce thème-là en fait, tu partageais le repas type, puis après il y avait une conférence un peu avec des associations à Vaugirard puis après un concert de musique traditionnelle, puis moi j'avais diffusé l'information. Au début il y avait personne puis finalement après y en a qui sont venus, et puis on s'est retrouvé dans la position où, bah moi je suis allée retirer des sous pour leur offrir un verre à boire et puis en fait à la fin, tous, tout le petit groupe des bénéficiaires avec qui on était, qu'on connaissait de

l'association en fait, bah en fait à la fin c'est eux qui insistent pour me payer un verre à boire, avec l'argent que nous on leur a donné quoi (rires). Ils sont dans la misère mais c'est un truc. Puis en fait au début je disais non mais en fait c'était vexant pour eux.

- *Oui, c'est important aussi de rendre quelque chose.*

Donc ensuite après, je suis désolée quoi. Mais en fait du coup ça rentre pas vraiment dans cette définition même de franchir les règles mais finalement ça reste une forme de participation sociale, mais carrément ! Après je pense que c'est vraiment plus de la participation occupationnelle pour le coup. Mais voilà, si on s'intéresse un peu plus dans l'avenir à faire un peu plus de promotion de la santé et puis à intégrer plus de vie de quartier, alors peut-être on pourra s'approcher de ça. Je sais pas.

- *Du coup, as-tu déjà un petit peu parlé de la façon dont tu aimerais voir les choses évoluer dans l'avenir ?*

Très idéalement, d'un point de vue ergothérapeute j'aimerais que vraiment les gens les gens viennent pour trouver un sens dans l'activité parce que l'ergo c'est vraiment ça, et puis que, parce que voilà, mine de rien dans le fond ils en ont besoin, puis après c'est à nous de pouvoir, j'aimerais vraiment pouvoir trouver l'équilibre et puis le moyen de pouvoir vraiment faciliter l'engagement dans les activités. Après d'un point de vue activité, il y a deux activités que moi j'aimerais mettre en place : un projet couture où déjà, parce qu'on a énormément de personnes qui sont, qui s'y connaissent en couture. Et puis ce serait déjà principalement de leur expliquer, puis c'est leur métier pour eux. Là encore cette semaine j'ai accueilli un jeune afghan qui, dans son parcours de migration, est passé par la Turquie et il a réussi à bosser dans une usine de textile, en fait il a bossé un peu comme ça dans la couture quoi, après ces machines tout ça il connaît pas trop. Donc du coup ce serait déjà de faire ça, que les personnes puissent retrouver du plaisir avec leur ancienne profession, leurs anciennes passions. Finalement c'est très occidental de ne plus faire de couture, même si ça revient à la mode. Mais dans des pays comme ça, couture, broderie, c'est essentiel, c'est la vie quoi hein. Donc du coup voilà. Et puis après l'idée ce serait de rendre un service à l'intérieur de l'association. Mais ça après je sais pas si je te dis tout parce que si ça se diffuse après j'ai pas envie qu'on me pique mon idée ! (rires)

- *Non, non, c'est juste pour avoir des exemples d'activités qui peuvent être faites (rires)*

Bah couture pour retrouver déjà, par rapport à son identité personnelle, tu vois les personnes savaient ça. Rendre un service au sein de l'association et puis même ouvrir un truc sur l'extérieur. Tu vois ? Et puis servir aussi, j'aimerais bien faire de la marionnette, donc on parlait, on fait de la musique, pouvoir intégrer tout un truc autogéré par l'atelier en fait, par les bénéficiaires de l'atelier en allant de la construction de la marionnette, la manipulation, les décors, la musique autour si besoin et surtout pour moi, la finalité ultime ce serait de pouvoir utiliser cette activité aussi sur l'extérieur : spectacle de rue, des choses comme ça, pour pouvoir aussi faire une lutte contre la stigmatisation des personnes migrantes et puis voilà, parce que finalement on porte ça aussi, ces valeurs-là aussi et que c'est jamais anodin quand on part dans ce type d'endroits et que puis derrière il faut. On peut pas trop pousser notre engagement politique toujours parce que nous derrière on a des partenaires, on a des collaborateurs aussi. Mais voilà, si on peut utiliser d'un point de vue plus social tout ça, bah c'est cool quoi. Et puis voilà. Et puis j'aimerais qu'on puisse vraiment répondre, s'intéresser à quels sont les besoins réels en matière de santé et d'activité, pour pouvoir y répondre, pour pouvoir vraiment répondre à ça.

- *Juste pour conclure vraiment, comment tu décrirais ton travail aujourd'hui ? En trois mots.*

En trois mots ? (Rires) euh en tant qu'ergo ou ?

- *En tant qu'ergo !*

Oui en même temps je suis humaine mais ergo avant tout (rires) ! Soutenir, faciliter et puis aimer !

- *C'est joli !*

Ouais, je mettrais aimer en premier quand même... Aimer, soutenir et faciliter.

- *Et bien merci beaucoup ! D'autres choses que tu voulais rajouter ou d'autres histoires que tu veux raconter, partager comme ça ?*

Moi je suis super touchée que bah y a toi et toutes les autres étudiantes qui nous appellent et puis ce serait très cool qu'on mette toutes ces réflexions-là toutes ensemble et puis, pour porter une voix un peu plus haute. S'engager dans le communautaire c'est très bien parce que c'est sortir aussi du cadre médical, parce qu'à la base on n'était pas forcément médicalisés, et voilà en fait, on n'a peut-être pas forcément besoin de tout rapporter à ce milieu médical et tout ça, après bien sûr que oui, on reste sous prescription médicale, mais je comprends l'intérêt, de tous ces mouvements-là qu'on sent en ergothérapie qui disent mais ok mais faut aller voir bien plus loin que ça et puis faut oser en fait, oser s'engager en fait.

Voilà. C'est le plus beau métier du monde et je travaille dans la plus belle association du monde. Et faut pas oublier qu'avant d'être des professionnels on est des êtres humains avant tout.

**Résumé :**

Alors que la migration reste un sujet sensible, les ergothérapeutes s'interrogent sur le soutien qu'ils peuvent offrir aux personnes déplacées telles que les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les migrants. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence le rôle des ergothérapeutes auprès de cette population et de présenter les avantages et les inconvénients d'une approche à base communautaire. Pour cela, des témoignages d'ergothérapeutes travaillant dans un contexte social et communautaire de différents pays (Suisse et Utah, États-Unis) ont été recueillis sous la forme d'entretiens semi-structurés. De même, deux migrants ont partagé leur expérience en ergothérapie dans un centre communautaire (Suisse).

L'analyse des résultats montre que les professionnels et les migrants identifient les difficultés occupationnelles des migrants. L'approche à base communautaire est une pratique locale et empirique pouvant prendre la forme de différents projets. Un soutien en ergothérapie basé sur la communauté favorise la participation sociale du migrant. Cependant, le contexte institutionnel, social et politique a une influence considérable sur le développement de telles pratiques.

En conclusion, les ergothérapeutes doivent encore investir le domaine des personnes migrantes. Les approches communautaires sont des outils pertinents pour les ergothérapeutes. Cependant, ces perspectives et initiatives nécessitent un engagement et une éducation de la part des professionnels et des communautés concernées.

**Mots clés :** ergothérapie, migration, approche à base communautaire, participation sociale, justice occupationnelle

**Abstract:**

While immigration remains a sensitive topic, occupational therapists are wondering about the support they can offer to displaced people such as refugees, asylum seekers or migrants.

The objective of this study is to highlight the role of occupational therapists for this population, and to present the benefits and limitations of a community-based approach.

For this, testimonials from occupational therapists working in a social and community context in different countries (Switzerland and Utah, USA) were collected in the form of semi-structured interviews. Similarly, two migrants shared their occupational therapy experience at a community center (Switzerland).

The analysis of the results shows that both professionals and migrants identify migrants' occupational difficulties. Community-based approach is a local and empirical practice that can take the form of different projects. Community-based occupational therapy support promotes social participation of the migrant. However, the institutional, social and political context has a substantial influence on the development of such practices.

In conclusion, migrant people are an area that occupational therapists still have to invest. Community-based approaches are relevant tools for occupational therapists. However, these perspectives and initiatives require commitment and education among professionals and the concerned communities.

**Key words:** occupational therapy, migration, community-based approach, social participation, occupational justice