



Ⓢ *Institut de Formation en
Ergothérapie de Rouen*

Mémoire d'initiation à la recherche

**Ergothérapie et demandeurs d'asile atteints d'un
trouble de stress post-traumatique : vers une
participation occupationnelle**

GAUTHIER Chloé

Numéro étudiant : E 20/09

Promotion : 2020/2023

Année universitaire : 2022/2023

Sous la direction de TOUTTAIN Mathilde

*« Contraints à l'inactivité,
la vie des hommes et des femmes demandeurs d'asile
est marquée par l'attente. »*

(Kobelinsky, 2012)

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes m'ayant soutenu de près ou de loin durant la réalisation de ce travail de recherche.

Mes premiers remerciements sont adressés à Mathilde TOUTTAIN, ma directrice de mémoire, pour tous ses conseils, son soutien et son implication tout au long de cette année.

Je remercie également les référentes pédagogiques de l'institut de formation de Rouen pour leur écoute et leur bonne humeur. Je tiens à remercier tout particulièrement Cécile RASSE pour sa disponibilité, son soutien et son aide pendant cette troisième année.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé à cette recherche, d'avoir libéré de votre temps pour partager votre expérience professionnelle.

Un grand remerciement adressé à mes amis de promotion et futurs collègues ergothérapeutes pour leur précieux soutien, leurs aides, leur bonne humeur et leur esprit de solidarité rendant ces trois années meilleures.

Merci à ma famille pour leurs précieux encouragements et leurs aides pendant mes études. Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents, notamment pour la relecture et leur soutien sans faille.

Je conclurais par remercier mes amis pour leurs encouragements, leur soutien et leur jovialité au quotidien.

Glossaire

- ADA** : Allocation pour Demandeurs d'Asile
- ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CADA** : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
- CNDA** : Cour National du Droit d'Asile
- DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
- EMPP** : Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité
- GUDA** : Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile
- MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine
- OFII** : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
- OFPRA** : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PASS** : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
- PUMa** : Protection Universelle Maladie
- SPADA** : Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
- TSPT** : Trouble de Stress Post-Traumatique
- UMAPP** : Unité Mobile Action Psychiatrique Précarité
- ONU** : Organisation des Nations Unies
- FME** : Fédération Mondiale des Ergothérapeutes
- IOM** : International Organization for Migration

Charte anti-plagiat



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e Chloé GANTHIER atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e. Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Rouen Le 16/05/2023 signature

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

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

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

I. Introduction	1
II. Cadre conceptuel	3
1. La population demandeuse d’asile	3
1. 1. La migration	3
1. 1. 1. Définition	3
1. 1. 2. Les principales catégories de migration	3
1. 1. 3. L’immigration et l’émigration.....	4
1. 2. La migration en France	4
1. 2. 1. Les principaux statuts sociaux.....	4
1. 2. 2. La procédure de demande d’asile	5
1. 2. 3. Quelques chiffres sur les demandes d’asile.....	6
1. 3. Un enjeu de santé publique	7
1. 3. 1. La santé publique	7
1. 3. 2. La santé communautaire.....	7
1. 3. 3. L’enjeu de santé publique et les demandeurs d’asile	8
1. 3. 4. Les structures de soins spécifiques.....	9
2. La santé des demandeurs d’asile	10
2. 1. La santé mentale.....	10
2. 1. 1. Définition	10
2. 1. 2. La satisfaction des besoins fondamentaux	11
2. 1. 3. Les répercussions du parcours migratoire	11
2. 1. 4. La santé mentale des demandeurs d’asile	12
2. 2. Le trouble du stress post-traumatique	13
2. 2. 1. Définition	13
2. 2. 2. Les caractéristiques de la pathologie.....	14

3. Les occupations de vie des demandeurs d'asile atteints du trouble de stress post-traumatique.....	15
3. 1. La participation occupationnelle	15
3. 1. 1. Définition	15
3. 1. 2. L'engagement occupationnel	17
3. 1. 3. La participation occupationnelle et la santé mentale	18
3. 2. Des concepts liés à la participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique	20
3. 2. 1. La justice occupationnelle	20
3. 2. 2. L'inclusion sociale	21
4. L'accompagnement en ergothérapie auprès des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique.....	22
4. 1. L'ergothérapie	22
4. 1. 1. Définition	22
4. 1. 2. L'ergothérapie communautaire	23
4. 1. 3. L'interculturalité au sein d'une relation soignant-soigné.....	24
4. 1. 4. La participation occupationnelle au centre d'un accompagnement en ergothérapie	25
4. 2. L'application d'un modèle conceptuel.....	26
4. 2. 1. Définition	26
4. 2. 2. Le Modèle de l'Occupation Humaine	27
III. Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche.....	30
IV. Dispositif méthodologique	33
1. Méthodologie qualitative.....	33
2. Approche hypothético-déductive	34
3. Population ciblée	35
3. 1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion.....	35

3. 2. La prise de contact.....	35
3. 3. La présentation de l'échantillon	36
4. Technique : l'entretien semi-directif	36
5. Outil : le guide d'entretien	37
6. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche.....	38
V. Présentation et analyse des résultats	41
1. Processus d'analyse qualitative	41
2. Analyse verticale	41
3. Analyse horizontale.....	44
3. 1. Les répercussions du trouble de stress post-traumatique chez les demandeurs d'asile	44
3. 2. La participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique, expliquée selon le MOH.....	45
3. 3. L'engagement occupationnel dans une prise en soin en ergothérapie	47
3. 4. L'intérêt des activités signifiantes dans une prise en soin en ergothérapie.....	47
3. 5. L'intérêt du groupe dans une prise en soin en ergothérapie.....	48
4. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche	50
4. 1. La première hypothèse	50
4. 2. La deuxième hypothèse	51
VI. Discussion	52
1. Nouveaux apports théoriques	52
1. 1. L'alliance thérapeutique	52
1. 2. Le développement communautaire	53
2. Biais et limites de la recherche.....	54
2. 1. Biais.....	54
2. 2. Limites.....	55

3. Perspectives	55
VII. Conclusion.....	57
VIII. Bibliographie	58
IX. Annexes	63

I. Introduction

Pour diverses raisons, de nombreuses personnes sont amenées à quitter leur pays de résidence dans le but de s'installer dans un nouveau pays, ce phénomène est appelé la migration (IOM, 2021). Des questionnements ont émergé sur ce déplacement d'individus à la suite d'un stage effectué en deuxième année d'ergothérapie au sein de l'Unité Mobile d'Action Psychiatrie Précarité (UMAPP). Cette structure permet d'aller vers le public précaire en situation régulière sans domicile fixe ainsi que vers les personnes migrantes indépendamment de leur statut juridique sans logement fixe. Ces populations peuvent présenter des difficultés physiques, psychiques, sociales et occupationnelles. Les professionnels de l'UMAPP les accompagnent afin de favoriser leur accès aux soins, de leur apporter un soutien psychologique et de les orienter vers d'autres professionnels principalement dans le secteur médico-social. En échangeant avec plusieurs personnes migrantes et les professionnels qui y travaillent, j'ai pris conscience des difficultés qu'elles pouvaient rencontrer comme le parcours de demande d'asile, le manque d'inclusion dans la société, les répercussions sur la santé mentale, les restrictions occupationnelles, etc. De plus, les personnes migrantes ainsi que leur parcours migratoire sont des thématiques qui ne sont pas abordées lors de notre formation en ergothérapie, et nos connaissances sont minces. Ainsi, la méconnaissance de ces notions suscite des interrogations qui nous conduisent à cette réflexion.

Aujourd'hui, la migration et plus précisément l'immigration est un phénomène qui est toujours d'actualité. En effet, en 2021, 10,3% de la population totale de la France est concernée par ces déplacements (Insee, 2022). En fonction de leur parcours migratoire, les personnes immigrantes traversent diverses étapes qui diffèrent de par leurs droits, leurs besoins ou leurs difficultés rencontrées. Dans le cadre de l'UMAPP et des autres structures de soins, les demandeurs d'asile sont des personnes accueillies et accompagnées par ces établissements. D'après Carswell, il met en évidence des problématiques telles que la limitation de participation occupationnelle et la majoration de l'isolement social chez les demandeurs d'asile impactant indirectement leur santé mentale (Winlaw, 2017). Cependant, selon la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (FME), le droit de participer à des occupations procurant un épanouissement est appliqué à l'ensemble de la population quel que soit son statut social (Winlaw, 2017). Les ergothérapeutes, étant les spécialistes des pratiques basées sur la science de l'occupation, ont une place auprès des demandeurs d'asile. Afin de s'adapter à la population, l'ergothérapie dite communautaire est en développement.

Ce processus de réflexion nous a conduit à la question de départ suivante :

Comment un accompagnement en ergothérapie peut-il faciliter la participation occupationnelle des demandeurs d'asile ayant une santé mentale fragilisée ?

A la suite de cette contextualisation de la recherche, nous construirons une réflexion davantage ciblée et approfondie à partir de la question de départ. Ainsi, nous élaborerons un cadre conceptuel synthétique. Ensuite, nous mettrons en évidence la problématique de recherche et les hypothèses de recherche qui en découleront. Puis, nous expliquerons et nous réaliserons la méthodologie de recherche envisagée. Enfin, nous analyserons les résultats et nous en discuterons.

II. Cadre conceptuel

1. La population demandeuse d'asile

1. 1. La migration

1. 1. 1. Définition

Le terme « migration » prend en considération « tout mouvement de personnes quittant leur lieu de résidence habituelle, soit à l'intérieur d'un même pays, soit par-delà une frontière internationale. » (IOM, 2021). Ainsi, les individus acteurs de ce mouvement sont des personnes migrantes se définissant comme « toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. » (IOM, 2021).

La définition de ces termes est générale, ainsi de multiples représentations lui en sont attribuées.

1. 1. 2. Les principales catégories de migration

Pour diverses raisons, les personnes migrantes prennent la décision de quitter leur pays de résidence. En s'appuyant sur les définitions proposées par l'Organisation Internationale pour les Migrants (IOM), les migrations sont différenciées entre elles en fonction de ces facteurs.

Elles peuvent être volontaires ou involontaires. Nous distinguerons les migrations forcées, « mouvement migratoire non volontaire, contraint et subi, causé par divers facteurs » (IOM, 2021), et les migrations volontaires dont la décision est réfléchie et choisie par l'individu lui-même.

Les déplacements peuvent être internes ou externes au pays d'origine. Nous différencions la migration interne, « mouvement de personnes à l'intérieur d'un Etat aux fins d'y établir une nouvelle résidence, temporaire ou permanente » (IOM, 2021) et la migration internationale, « mouvement de personnes qui quittent leur lieu de résidence habituelle pour se rendre dans un pays dont elles n'ont pas la nationalité, franchissant par conséquent une frontière internationale » (IOM, 2021).

Comme évoqué précédemment, la finalité de la migration peut être de s'établir dans le pays d'accueil de manière temporaire ou définitive.

Le mouvement de migration est réalisé, soit dans la légalité ou dans l'illégalité des pays parcourus lors du voyage migratoire. Ainsi, nous parlerons de migrations régulières lorsque la « migration effectuée en conformité avec la législation du pays d'origine, de transit et de destination » (IOM, 2021) et de migrations irrégulières lorsque le « mouvement de personnes contrevenant aux lois, aux réglementations ou aux accords internationaux qui régissent l'entrée ou la sortie du pays d'origine, de transit ou de destination » (IOM, 2021).

Certaines catégories de migration décrites sont complémentaires, ainsi elles peuvent s'associer entre elles.

1. 1. 3. L'immigration et l'émigration

L'immigration et l'émigration sont deux termes décrivant plus précisément la migration entre deux pays différents. La principale différence dépend du point de vue du pays d'arrivée ou de départ dans lequel nous nous projetons.

L'immigration est « du point de vue du pays d'arrivée, fait de se rendre dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays de destination devient effectivement le nouveau pays de résidence habituelle » (IOM, 2021).

Au contraire, l'émigration est « du point de vue du pays de départ, action de quitter le pays de nationalité ou de résidence habituelle pour s'installer dans un autre pays, de sorte que le pays de destination devient effectivement le nouveau pays de résidence habituelle » (IOM, 2021).

1. 2. La migration en France

1. 2. 1. Les principaux statuts sociaux

En France, plusieurs statuts sociaux gravitent autour du phénomène de migration. L'acquisition d'un ou plusieurs statuts sociaux permettent aux personnes migrantes d'accéder à différents droits. Ainsi, l'attribution de ce statut social est un facteur engendrant des répercussions sur leurs conditions de vie.

Nous distinguerons le statut de migrant en situation régulière se définissant comme une « personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale et est autorisée à entrer ou à séjourner dans un État » (IOM, 2021) et celui de migrant en situation irrégulière se traduisant

comme une « personne qui franchit ou a franchi une frontière internationale sans autorisation d'entrée ou de séjour dans le pays » (IOM, 2021).

D'une part, lorsqu'une personne migrante est en situation régulière, les principaux statuts y étant associés sont ceux de demandeur d'asile et de réfugié. Le demandeur d'asile est une « personne sollicitant la protection internationale » (IOM, 2021). Par conséquent, ils sont en attente d'une réponse définitive du pays d'accueil. Dans le cas d'une demande d'asile acceptée, la personne acquiert le statut de réfugié. Selon la convention de 1951, le réfugié est une « personne qui, 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 trouve 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 » (IOM, 2021). Ainsi, il est en droit de recourir à la protection de l'Organisation des Nations Unies (ONU).

D'une autre part, lorsqu'une personne migrante est en situation irrégulière, l'une des principales raisons est la réfutation de sa demande d'asile. Ainsi, nous parlons de migrants déboutés, ce terme met l'accent sur le refus d'une demande de régularisation par la justice.

1. 2. 2. La procédure de demande d'asile

A l'arrivée des personnes migrantes dans le pays d'accueil, elles ont la possibilité de demander l'asile dans le but de s'y établir plusieurs années. Pour y recourir, la majorité des demandeurs d'asile ont vécu une migration forcée, internationale et leur sécurité est mise en jeu. Cette demande permet d'obtenir un titre de séjour ainsi qu'une protection internationale, celle-ci est « accordée par la communauté internationale aux personnes ou groupes de personnes qui se trouvent hors de leur propre pays sans pouvoir retourner chez elles parce que leur retour porterait atteinte au principe de non-refoulement et que leur pays ne peut ou ne veut pas les protéger » (IOM, 2021).

Concernant la procédure de demande d'asile, cette démarche se déroule en moyenne entre 6 mois à 1 an et requiert un niveau de compréhension suffisant pour l'ensemble des étapes à suivre.

Premièrement, les personnes se dirigent vers la Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA) pour y remplir un formulaire concernant l'identité, la situation familiale et

les langues pratiquées par l'individu. Une convocation est remise et nécessaire afin de se rendre au Guichet Unique des Demandeurs d'Asile (GUDA) situé dans les préfectures (OFPPA, 2023).

Deuxièmement, la démarche au GUDA se décompose en deux étapes. D'une part, un agent de la préfecture valide et complète les informations transmises à la SPADA afin d'obtenir l'attestation de demandeur d'asile. D'autre part, un agent de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) accompagne la personne à rechercher un lieu d'hébergement. Il l'aide également à ouvrir son droit à l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA) lui permettant de recevoir des versements financiers tous les mois. De plus, le professionnel prend en considération les vulnérabilités de la personne se traduisant, dans le contexte de la migration, comme la « faible capacité à éviter des préjudices, à y résister, à y faire face ou à s'en relever, en raison de l'interaction particulière des caractéristiques et conditions propres à l'individu, au ménage, à la communauté et aux structures » (IOM, 2021). L'origine de ces vulnérabilités s'explique par leur situation familiale, médicale, financière et d'hébergement (OFPPA, 2023).

Troisièmement, les demandeurs d'asile doivent envoyer leur dossier à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPPA) comprenant les documents administratifs et l'argumentaire expliquant l'ensemble des raisons ayant poussé la personne à fuir son pays de résidence habituelle. Après 6 mois à 1 an d'attente, la décision de l'OFPPA est prise. Si elle est favorable, les demandeurs d'asile ont le statut de réfugié ayant un titre de séjour valable 10 ans ou celui de bénéficiaire de la protection subsidiaire ayant un titre de séjour valable 4 ans. Au contraire, si elle est défavorable, les demandeurs d'asile ont le statut de débouté du droit d'asile et peuvent faire un recours devant la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) (OFPPA, 2023).

En tant que demandeurs d'asile, leurs droits sont les suivants : le droit à un hébergement via le dispositif du Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), le droit au travail 6 mois après le dépôt du dossier à l'OFPPA, le droit à une aide financière via le dispositif ADA, le droit à la santé via le dispositif de Protection Universelle Maladie (PUMA) ainsi que le droit à la scolarisation des enfants (Ministère de l'Intérieur, 2021).

1. 2. 3. Quelques chiffres sur les demandes d'asile

En France, durant l'année 2022, les demandes d'asile enregistrées à l'OFPPA atteignent le nombre de 131 000 demandes de protection internationale. Autrement dit, 131 000 demandeurs d'asile souhaitent obtenir le statut de réfugié. En comparant les données avec celles

de l'année 2021, les demandes ont augmenté de 27%. Cependant, de 2020 à 2021, les restrictions liées à la crise sanitaire provoquée par la pandémie du Covid-19 ont diminué les demandes d'asile à l'OFPRA. Afin d'obtenir, une comparaison plus significative, le nombre de demandes d'asile enregistré en 2022 est comparé avec celui de l'année 2019, correspondant à l'année avant la crise sanitaire. Ainsi, les statistiques montrent que le nombre de demandes d'asile est semblable.

La comparaison de ces chiffres montre que la demande d'asile est un processus étant toujours d'actualité et les chiffres relevés sont importants en termes de demandes.

1. 3. Un enjeu de santé publique

1. 3. 1. La santé publique

En 1988, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé publique comme « un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé » (Bourdillon et al., 2016). Les missions spécifiques à la santé publique sont nombreuses. L'objectif de cette discipline est d'analyser l'état de santé des populations. Les facteurs de risques d'une population spécifique sont relevés dans le but de mettre en place des actions ou des moyens préventifs, curatifs, éducatifs ou sociaux. Concernant les professionnels contribuant à l'amélioration de la santé des individus d'une population, il est nécessaire de prendre connaissance des politiques de santé afin d'exercer dans la légalité. De multiples professionnels sont concernés par la santé publique, y compris les professionnels de santé tel que l'ergothérapeute. Ils ont pour rôle de préserver, protéger et promouvoir la santé dans les établissements de santé ou les structures ayant un but sanitaire (Bourdillon et al., 2016).

1. 3. 2. La santé communautaire

La santé communautaire est une possibilité d'orientation de la santé publique, s'étant largement développée au cours des années 1960 et 1970. Par conséquent, elle a la même finalité, l'amélioration de l'état de santé des individus d'une population, que celle de la santé publique. Cependant, elle se distingue de la santé publique en mettant davantage en évidence la notion de

participation des différents acteurs et citoyens concernés par la problématique de santé. Cette participation active permet la mise en place de moyens d'action basés sur les savoirs, les expériences et les expertises des individus. Ainsi, ces moyens d'action sont moins centrés sur les risques environnementaux et biologiques. La santé communautaire se différencie par les valeurs principales telles que la justice sociale et l'empowerment, le pouvoir d'agir. Celles-ci sont au cœur de cette pratique afin d'améliorer la santé et le bien-être d'une population, et par conséquent d'accompagner le développement social d'une communauté (Guichard et al., 2016). Dans ce contexte, les personnes ciblées ont généralement des problématiques de santé ou elles sont susceptibles d'être affectées de par leurs vulnérabilités (Guichard et al., 2016).

1. 3. 3. L'enjeu de santé publique et les demandeurs d'asile

En appliquant les concepts de santé publique et de santé communautaire auprès des demandeurs d'asile, il est relevé que les dispositifs publics de santé mentale délégués à cette population sont limités et souvent saturés. Ainsi, la finalité est d'améliorer l'état de santé mentale des demandeurs étant affectée par le parcours migratoire. La problématique concernant les dispositifs publics met en évidence les difficultés que peuvent éprouver les professionnels à prévenir les potentiels risques concernant leur santé mentale ainsi qu'à délivrer des traitements médicamenteux ou non-médicamenteux à destination des demandeurs d'asile sollicitant des soins. Afin d'illustrer les propos précédents, des études montrent que les demandeurs d'asile et plus généralement les personnes migrantes ayant été exposées à un ou plusieurs événements traumatiques ont un risque significatif d'être affectées par une ou plusieurs pathologies psychiatriques que ce soit à court terme ou à long terme (Roptin, 2011).

Suite aux différentes études menées, la politique de santé mentale à destination des personnes réfugiées ou demandeuses d'asile s'est renforcée. De façon générale, elle exige la mise en place de programmes ou de pratiques concernant la prévention pour les personnes ayant leur santé affectée, la sensibilisation et la prévention envers les mineurs, une certaine flexibilité des droits lors des prises en soin, la mise en place de structures de soins telles que la Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), une pratique davantage autorisée et systématique, le développement d'évaluation au sein des établissements, l'incitation à la recherche pour augmenter les nombreuses études de recherches françaises, le développement de partenariats avec les différentes associations et le soutien principalement financier aux différentes associations (Roptin, 2011).

1. 3. 4. Les structures de soins spécifiques

Afin de répondre aux problématiques concernant la santé mentale des demandeurs d'asile tout en prenant en compte le nombre conséquent de demandes d'asile enregistrées à l'OFPRA, des moyens d'action ont été mis en place suite aux exigences de la politique instaurée au sujet de la santé mentale des individus demandeurs d'asile et réfugiés.

D'une part, selon le ministère de la santé et de la prévention, les PASS sont « des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022). Elles permettent de lutter contre les inégalités de santé, faisant référence aux principes de la santé communautaire. En effet, cette structure est une passerelle vers un dispositif de droit commun, autrement dit une réinsertion dans un parcours de soin dans le pays d'accueil pour les demandeurs d'asile. Les PASS ont une place particulière dans le système de la santé, puisque ce sont des acteurs pivots situés et sont en contact avec les hôpitaux, la médecine de ville et les dispositifs sociaux et médico-sociaux afin de garantir l'accès aux soins des personnes vulnérables ou renonçant aux soins (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

D'autre part, les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont un rôle complémentaire avec les PASS, notamment sur la prise en soin des problématiques psychiatriques et de santé mentale des individus. Cependant, selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), les EMPP sont davantage centrées sur la prévention afin de limiter les difficultés d'accès aux soins des personnes en attente de réponse. Ainsi, cette structure a pour objectif « d'aller vers » les personnes les plus éloignées du système de santé pour qu'elles se réinscrivent dans un dispositif de droit commun et de mettre en place des actions telles que la formation et les échanges d'expérience concernant le patient et les autres professionnels.

Par conséquent, les demandeurs d'asile ayant une santé mentale affectée sont orientés vers ces structures ou celles-ci viennent à eux dans le but de répondre à leurs besoins.

Pour résumer cette première partie, la santé mentale des demandeurs d'asile est un enjeu de santé. En tant qu'ergothérapeute, il est possible d'exercer dans des structures de soins permettant de répondre en partie à cet enjeu. De ce fait, à leur arrivée dans le pays d'accueil, quelles sont les problématiques de santé mentale des demandeurs d'asile ?

2. La santé des demandeurs d'asile

2. 1. La santé mentale

2. 1. 1. Définition

Au cours du temps, la définition du concept de santé mentale a évolué. Auparavant, elle se définissait seulement « par l'absence de maladie mentale ou de troubles mentaux » (Doré & Caron, 2017). Ce positionnement affirme qu'une personne atteinte de troubles psychiques ne peut atteindre une santé mentale satisfaisante, ou au contraire qu'un individu n'ayant pas de troubles psychiques a systématiquement une santé mentale satisfaisante.

Actuellement, la santé mentale se traduit « par le bien-être et, en ce sens, irait au-delà de l'absence de troubles mentaux » (Doré & Caron, 2017). Selon une étude menée aux Etats-Unis de 1995 à 2005, les résultats mettent en évidence que parmi les individus exempts de troubles psychiques, seulement 20% ont une santé mentale florissante. Ainsi, la pathologie psychiatrique et la santé mentale sont des concepts complémentaires. Afin de considérer un état de santé mentale d'une personne, la compréhension du fonctionnement psychosocial est nécessaire, autrement dit, la capacité à maintenir un état de bien-être psychique et à le transcrire de façon adaptée dans la vie sociale. De plus, les résultats montrent qu'un faible niveau de santé mentale a des conséquences similaires à celles de certaines pathologies psychiatriques répertoriées dans la 5^{ème} édition du Manuel de Diagnostic et de Statistique des troubles mentaux (DSM-V) (Doré & Caron, 2017).

En 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2021).

Les différentes définitions de la santé mentale font référence à plusieurs reprises à la notion de bien-être, se définissant comme « un sentiment général d'agrément, d'épanouissement suscité par la pleine satisfaction des besoins du corps et/ou de l'esprit » (Guibert Lafaye, 2007).

2. 1. 2. La satisfaction des besoins fondamentaux

Selon Maslow, la motivation et la réussite personnelle sont fondées sur la nécessité de satisfaire divers besoins humains. Dans cette catégorie, il a différencié les besoins dits physiologiques tels que manger, s'habiller et se loger et les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime et de réalisation de soi. Dans un premier temps, il est indispensable de satisfaire les besoins physiologiques afin d'accomplir dans un second temps les suivants (Canadian Population Health Initiative, 2008) (cf. annexe 1).

En 2002, la théorie de Maslow a permis d'expliquer que l'environnement influence indirectement la santé d'une population. En effet, il offre plusieurs possibilités et occasions de satisfaire les besoins humains comme l'information, les relations personnelles, les lieux de cultes, la participation aux activités ainsi que les loisirs. L'incapacité à répondre aux besoins primaires tels que les besoins physiologiques et de sécurité témoignent d'un déséquilibre de l'état de santé mentale des individus. Ainsi, ces incapacités peuvent entraîner un désengagement et une aliénation chez les individus pouvant mener à une dépression (Canadian Population Health Initiative, 2008).

2. 1. 3. Les répercussions du parcours migratoire

Dans le but de répondre aux besoins à satisfaire des demandeurs d'asile en termes de santé mentale, les déterminants l'affectant sont identifiés auprès de cette population. Dans ce contexte, il est important de prendre en compte le parcours migratoire qu'ils ont vécu.

En effet, ils ont eu la motivation de quitter leur pays de résidence habituelle pour des raisons concernant leurs conditions de vie quotidienne. Les origines de leur départ peuvent être associées, par exemple au vécu de persécutions, de l'enfermement, de la torture, de l'irrationnel, de la perte de sens de leur humanité, etc. Ensuite, pendant leurs déplacements vers le pays d'accueil, ils peuvent ressentir de l'insécurité, de la peur mais également être victime ou témoin de violence envers soi ou les autres, de viols ou d'enfermement. Enfin, à leur arrivée dans le pays d'accueil, l'ensemble de ces souvenirs traumatiques sont à plusieurs reprises demandés lors de la demande d'asile. Dans cette période, ils peuvent également être soumis à l'attente, l'incompréhension, les deuils, l'insécurité et la précarité (Marianne & Aurore, 2020).

Ainsi, l'ensemble de ces facteurs de stress entravant la santé mentale des demandeurs d'asile peuvent se classer en trois catégories : les pertes telle que la « perte d'un ou plusieurs

proches, perte de la maison, d'un travail, d'une posture sociale, d'un système de croyances, perte de repères, perte d'économie, etc. » (Marianne & Aurore, 2020) ; l'exposition à un ou de multiples événements traumatiques individuels ou collectifs directement ou indirectement liés à la personne survenant avant le départ, pendant la fuite ou à l'arrivée sur le territoire de demande d'asile ainsi que les difficultés rencontrées dans le pays d'accueil comme « la précarité, les difficultés d'adaptation, la discrimination, l'insécurité, la barrière de la langue, la séparation familiale, un parcours administratif opaque, etc. » (Marianne & Aurore, 2020).

Les principaux déterminants affectant la santé mentale des demandeurs d'asile permettent de comprendre davantage leur situation, mais également de répondre à leurs besoins fondamentaux.

2. 1. 4. La santé mentale des demandeurs d'asile

Comme évoqué précédemment, la santé mentale ne se définit plus comme une absence de pathologies psychiatriques. Cependant, dans certains cas, la santé mentale et les maladies psychiatriques sont des notions complémentaires pouvant s'associer entre elles.

L'ensemble des demandeurs d'asile peuvent avoir leur santé mentale impactée mais ne sont pas systématiquement affectés par des troubles post-traumatiques ou d'autres pathologies psychiatriques du fait de leur parcours migratoire. Cependant, le risque de développer ces types de pathologies est très élevé auprès de cette population. En effet, la prévalence de présenter des troubles dépressifs, des troubles anxieux et des troubles de stress post-traumatique est dix fois supérieure à une population générale (Marianne & Aurore, 2020).

Selon une étude menée par Mazur et ses collègues, ils ont également mis en évidence que la prévalence de troubles psychiatriques est très importante chez les demandeurs d'asile hébergés dans les centres d'accueil européens. De plus, ils ont relevé que les mécanismes de défense sollicités face à l'atteinte d'une pathologie psychiatrique sont peu adaptés. Ils ont recours davantage au niveau de l'agir faisant référence au passage à l'acte, au refus de soin, à l'hypocondrie et à l'agressivité passive ainsi qu'au niveau de la distorsion de l'image correspondant au clivage de l'objet, au clivage de soi et à l'identification projective. Ils utilisent également les mécanismes de défense tels que le déplacement appartenant au niveau de l'inhibition mentale, la dévalorisation de soi appartenant au niveau de la distorsion de l'image ainsi que le retrait et la projection appartenant au niveau du désaveu. Les mécanismes de

défense les moins utilisés sont l'affiliation appartenant au niveau de l'adaptation, le refoulement appartenant au niveau de l'inhibition mentale et l'idéalisation appartenant au niveau de la distorsion de l'image (Mazur et al., 2015).

De manière générale, la santé mentale des demandeurs d'asile est touchée. Cette atteinte est très complémentaire avec les pathologies psychiatriques telles que le trouble du stress post-traumatique étant le trouble ayant la plus forte prévalence (Marianne & Aurore, 2020). En effet, leur état de bien-être est fragilisé et persiste dans le temps.

2. 2. Le trouble du stress post-traumatique

2. 2. 1. Définition

Le trouble du stress post-traumatique (TSPT) est un trouble connu depuis l'Antiquité, ce sont les soldats qui verbalisaient et rapportaient des symptômes de traumatismes psychiques. Par la suite, les conflits internationaux ayant eu lieu au 20^{ème} siècle ont permis de décrire et d'approfondir davantage les connaissances concernant ce trouble.

Actuellement, l'ensemble de ces recherches ont conduit à la définition du TSPT comme étant « des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant » (Inserm, 2020). De nombreuses formes d'événements traumatisants existent, ils ont un point commun puisqu'ils sont vécus par les individus comme un « facteur de stress intense ou d'effroi, face auxquels ils sont impuissants » (Inserm, 2020).

Ces troubles se manifestent par une reviviscence répétitive d'un ou des événements traumatiques, un évitement des pensées, des conversations ou des individus en lien avec l'événement traumatique, la présence de troubles de l'humeur ainsi que le développement d'une activité neurovégétative tel que l'hypervigilance, les troubles du sommeil, etc. (Inserm, 2020).

L'apparition d'un TSPT est favorisée par l'interaction de ces facteurs : les facteurs préexistants (génétique, vécu, personnalité, état de santé mentale...), l'événement traumatique (sévérité, intensité, durée...) et le contexte post-traumatique (aide, prise en soin, soutien...) (Inserm, 2020).

2. 2. 2. Les caractéristiques de la pathologie

Selon le DSM-V, l'ensemble des troubles en lien avec des traumatismes ou des facteurs de stress apparaissent suite à une exposition d'événement traumatique ou stressant provoquant une détresse psychologique (Crocq & Guelfi, 2015).

Le TSPT s'inscrit parmi ces troubles et il se définit par la présence des critères suivants :

1. Une « exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles » (Crocq & Guelfi, 2015).
2. La « présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques » (Crocq & Guelfi, 2015) comme des souvenirs, des rêves, des réactions dissociatives, le sentiment de détresse psychologique en lien avec l'événement traumatique.
3. Un « évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques » (Crocq & Guelfi, 2015).
4. Les « altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques » (Crocq & Guelfi, 2015) comme une « incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques », des « croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde », des « distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes », un « état émotionnel négatif persistant », une « réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités », un « sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres », une « incapacité persistante d'éprouver des émotions positives » (Crocq & Guelfi, 2015).
5. Les « altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques » (Crocq & Guelfi, 2015) comme un « comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets », un « comportement irréfléchi ou autodestructeur », une « hypervigilance », une « réaction de sursaut exagérée », des « problèmes de concentration », des « perturbation du sommeil » (Crocq & Guelfi, 2015).

6. La durée du 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} critère doit être supérieure à un mois.
7. La « perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » (Crocq & Guelfi, 2015).
8. La « perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale » (Crocq & Guelfi, 2015).

Parfois, le TSPT est associé à des symptômes dissociatifs comme la « dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps » ou la « déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement » (Crocq & Guelfi, 2015).

Pour résumer la deuxième partie, la santé mentale des demandeurs d'asile est fragilisée. Ainsi, ils ont une forte probabilité d'être atteints par le trouble du stress post-traumatique. Par conséquent, les symptômes engendrés ont des répercussions sur la vie quotidienne de la personne que ce soit sur sa vie personnelle, sociale et professionnelle (Inserm, 2020). En tant qu'ergothérapeute, la limitation de participation et le désintérêt concernant leurs occupations sont des symptômes clés relevés, quelles sont les conséquences de ces répercussions ?

3. Les occupations de vie des demandeurs d'asile atteints du trouble de stress post-traumatique

3. 1. La participation occupationnelle

3. 1. 1. Définition

La participation occupationnelle des individus est un concept ergothérapeutique se basant sur les notions d'occupations et d'activités. Selon European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE), l'occupation se définit comme « un groupe d'activité, culturellement dénommées, qui ont une valeur socioculturelle et un sens personnel. Elles sont le support de la participation à la société. » (Meyer, 2010). De manière générale, elle englobe les domaines suivants : les soins personnels, le travail et les loisirs. Ainsi, à partir du concept

d'occupations, l'activité en découle puisqu'elle se traduit comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (Meyer, 2010).

De ce fait, la participation occupationnelle fait référence à « l'engagement, par l'activité, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013). En approfondissant davantage la définition, elle est « l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social. Elle ne correspond pas seulement à la performance occupationnelle ; elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale » (Parkinson et al., 2017). L'occupation est un élément central de la participation occupationnelle, elle peut se réaliser de façon collective ou individuelle. Afin qu'elle soit optimale, il est nécessaire de l'effectuer dans son entièreté ainsi que dans sa réalité et non de se l'imaginer (Meyer, 2010).

En plus de la notion d'occupation, et par conséquent des activités effectuées en tant que telles, la manière dont les individus s'y investissent est à prendre en compte. Selon Larivière, la participation se base sur un investissement volontairement dans le but que les personnes soient actrices au sein de leurs occupations de vie. Par conséquent, ces occupations ont une signification particulière. Elles prennent en compte les activités signifiantes et significatives de la personne. L'activité signifiante est une activité ayant du sens pour la personne qui la réalise. L'activité significative est une activité ayant de l'importance ou de l'intérêt pour l'environnement de la personne (Meyer, 2010).

Selon Wilcock, la participation occupationnelle s'initie de manière intrinsèque, autrement dit par l'acteur lui-même, mais également de façon extrinsèque, c'est-à-dire par l'environnement social de la personne comme son entourage ou des organisations communautaires et politiques dans lesquelles l'individu adhère (Meyer, 2010).

De plus, il est nécessaire de spécifier que la participation occupationnelle est réalisée dans un contexte social. Afin qu'elle soit initiée, elle doit être acceptée par les autres. Pour y parvenir, la société met en place des politiques d'inclusion des personnes ou des groupes de personnes discriminées que ce soit par leurs déficiences physiques ou psychiques ou par leurs attributs sociaux. D'après Law, une fois que l'action est initiée, la participation occupationnelle a différentes formes et varie en fonction de l'acteur, de l'intensité ainsi que de la nature de l'occupation. En effet, la participation occupationnelle peut être formalisée, encadrée et durable ou spontanée et momentanée (Meyer, 2010).

En résumé, la participation occupationnelle est « tributaire des interactions entre la personne, l'environnement et les occupations disponibles » (Meyer, 2010). Ce triptyque favorise la participation occupationnelle des individus. En s'intéressant à la personne, la notion d'investissement en ressort pour faciliter la participation occupationnelle. Ainsi, elle est directement liée à l'engagement occupationnel d'une personne dans une occupation.

3. 1. 2. L'engagement occupationnel

D'après Kielhofner, la participation occupationnelle ne se limite pas seulement au « faire pour faire » d'une occupation, qu'elle soit réalisée de manière individuelle ou collective. En effet, en développant davantage sa définition de la participation occupationnelle, il estime que l'engagement occupationnel est primordial. En effet, la participation occupationnelle ne se définit pas seulement à la performance occupationnelle d'un individu lors de ces occupations. La performance occupationnelle est la réalisation en tant que telle d'une quelconque occupation par une personne (Parkinson et al., 2017).

L'engagement occupationnel est un concept ergothérapeutique émergeant lors des prémices de la profession. En 1977 Engelhardt, puis en 2008 Gordon, proposent « d'engager le malade mental dans des occupations qui vont le détourner de ses préoccupations morbides et favoriser l'instauration de meilleures habitudes » (Meyer, 2010) dans la perspective d'organiser et d'équilibrer la vie quotidienne des personnes. Ce concept est utilisé comme support afin de favoriser et maintenir la participation occupationnelle des individus. Ainsi, l'engagement occupationnel se traduit comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2010).

En 2017, Morris et Cox proposent un modèle illustrant le fonctionnement de l'engagement occupationnel de manière holistique. Dans celui-ci, il est exposé comme un continuum dont des valeurs subjectives lui seront attribuées par l'individu qu'elles soient positives ou négatives ayant pour conséquence une participation ou au contraire une non-participation.

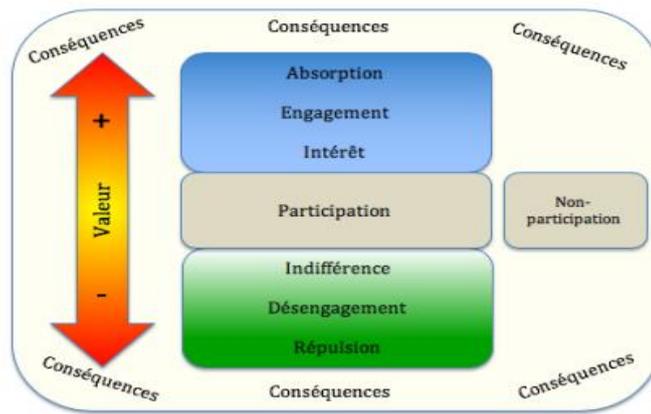


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'engagement occupationnel (Sohier & Bellagamba, 2018)

Plus la valeur attribuée est positive, plus la personne sera engagée, absorbée et intéressée par l'occupation. Par conséquent, la participation occupationnelle est optimale dans son contexte social, physique et culturel. En effet, dans ce cas « l'engagement occupationnel représente un degré de participation auquel sont attribuées une valeur positive et des conséquences positives supérieures à celles d'un simple intérêt » (Sohier & Bellagamba, 2018). Au contraire, plus la valeur attribuée par l'individu est négative, plus la personne sera désengagée, indifférente et repoussera l'occupation. Par conséquent, dans cette situation, la participation occupationnelle n'est plus optimale, pouvant aller jusqu'à la non-participation (Sohier & Bellagamba, 2018).

3. 1. 3. La participation occupationnelle et la santé mentale

La santé mentale se définit par le bien-être ressenti par un individu. Selon Aldrich, Hammel, Iwama, Martín, Martos, Millares et Björklund, ils ont mis en évidence qu'il est indispensable d'éprouver un sentiment d'appartenance aux occupations réalisées qu'elles soient interdépendantes, collectives, collaboratives et conjointes dans le but d'atteindre le bien-être. Cette participation occupationnelle avec autrui a plusieurs bienfaits comme la consolidation des relations entretenues ainsi que l'amélioration du bien-être, et plus généralement celle de la santé mentale. Elle permet également la réduction de répercussions néfastes sur la santé de la personne suite à divers événements traumatiques pouvant engendrer du stress au quotidien (K. W. Hammel, 2017).

Afin d'atteindre le bien-être étant subjectif selon les personnes, il est nécessaire de répondre aux différents besoins fondamentaux énoncés par Maslow, comme explicité précédemment. Dans la majorité des cas, pour les satisfaire, une participation à une occupation socialement contextualisée est requise. Ainsi, l'occupation est primordiale au bien-être d'une

personne. La participation occupationnelle joue un rôle central sur le bien-être humain et la santé mentale de façon générale (K. W. Hammell, 2017). Law ajoute que la participation volontaire à des occupations signifiantes et significatives est une notion importante de bien-être. Cependant, plusieurs facteurs peuvent limiter ou altérer la qualité de la participation occupationnelle. Par conséquent, celle-ci peut aggraver ou améliorer l'état de bien-être, la santé mentale d'un individu (Meyer, 2013).

En effet, la participation occupationnelle dépend de facteurs lui étant soit facilitateurs ou soit limitants. Les personnes atteintes de pathologies psychiatriques, et plus précisément du TSPT peuvent être confrontées à diverses répercussions telles que le chômage, l'isolement social, la faible estime de soi. D'après Benbow, Rudnick, Forchuk et Edwards ces répercussions proviennent de facteurs comme la pauvreté, les préjugés, l'exclusion sociale ou la discrimination limitant leur participation occupationnelle (K. W. Hammell, 2017). Selon Rebeiro, pour répondre à cette problématique et faciliter la participation occupationnelle, il est prouvé que le suivi de programmes centrés sur les occupations réalisées dans un environnement sécurisant permet de développer un sentiment d'appartenance (K. W. Hammell, 2017). Le choix fait référence à la définition de l'engagement occupationnel afin d'accéder à une participation occupationnelle optimale. En plus de la notion de choix, la valorisation de la personne est primordiale. Ce sont deux facteurs indispensables à la contribution du bien-être d'une personne. Ainsi, la participation aux occupations signifiantes et utiles pour la personne est favorisée. Des chercheurs ont prouvé que la participation occupationnelle permet de lutter et de prévenir l'isolement social que peuvent subir les personnes atteintes de pathologies psychiatriques incluant le TSPT (K. W. Hammell, 2017).

De plus, favoriser le bien-être signifie également limiter la participation occupationnelle dite néfaste pour la personne. En effet, certaines occupations pratiquées peuvent être déshumanisantes, dégradantes, vides de sens, ennuyeuses, humiliantes ou frustrantes. Elles ont directement des conséquences néfastes sur le bien-être de l'individu et sur sa santé mentale. La participation occupationnelle est un déterminant de santé influencée positivement ou négativement par des facteurs internes et externes (K. W. Hammell, 2017).

Faciliter la participation occupationnelle afin d'améliorer la santé mentale des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT, leur droit occupationnel doit être respecté. La Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (FME) affirme « qu'il est impératif d'offrir des possibilités égales de participation à des occupations, sans restrictions liée à la différence » (K.

W. Hammell, 2017), mais également « que toutes personnes... en tant qu'être humain, a droit aux possibilités occupationnelles requises pour combler ses besoins humains, choisissent, façonnent et orchestrent leurs activités de tous les jours » (K. W. Hammell, 2017).

3. 2. Des concepts liés à la participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique

3. 2. 1. La justice occupationnelle

La notion de droit occupationnel est essentielle pour permettre la participation occupationnelle des demandeurs d'asile. Elle est directement en lien avec la justice occupationnelle. En 1998, pour la première fois, Wilcock a défini la justice occupationnelle comme la promotion du changement social et économique afin d'accroître la prise de conscience individuelle, communautaire et politique ; les ressources et les opportunités occupationnelles permettant aux individus de réaliser leur potentiel et d'atteindre un bien-être (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017). Au fur et à mesure, ce concept s'est développé et a évolué. En 2000, Wilcock et Townsend ont ajouté que la justice occupationnelle est l'opportunité et les ressources équitables permettant aux personnes de ne pas s'engager dans des occupations nuisibles (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017). Puis, en 2010, Nilsson et Townsend décrivent la justice occupationnelle comme la reconnaissance des droits occupationnels indépendamment de l'âge, de la capacité, du sexe, de la classe sociale ou d'éventuels autres différences (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017). Par conséquent, d'après Wilcock et Hocking, l'injustice occupationnelle fait référence à une privation permanente ou aux modèles de perturbation compromettant le développement de l'enfant, créant des problèmes de santé secondaires et réduisant la durée de vie des individus (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017). Elle provoque des expériences occupationnelles stressantes auprès de la population.

Le processus d'injustice occupationnelle se compose des concepts suivants :

1. Privation occupationnelle : Selon Whiteford, elle signifie un état d'exclusion de l'engagement dans des occupations vitales ou significatives en raison de facteurs n'étant pas contrôlable par l'individu. D'après Townsend et Wilcock, elle peut également survenir lorsque les populations font face à un choix limité d'occupations en raison de leur isolement, de leurs capacités motrices ou cognitives, etc. (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017).

2. **Aliénation occupationnelle** : Selon Townsend et Wilcock, elle se traduit par les répercussions de l'expérience d'une personne considérant sa vie quotidienne comme dépourvue de sens et de but (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017).
3. **Déséquilibre occupationnel** : D'après Townsend et Wilcock, il se définit par l'équilibre de la qualité ou de la nature ainsi que par la quantité des occupations réalisées (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017).
4. **Marginalisation occupationnelle** : D'après Stadnyk et ses collègues, elle se résume à l'exclusion sociale empêchant une population de s'épanouir et de maintenir son autonomie en raison d'un manque de choix dans les occupations (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017).
5. **Apartheid occupationnel** : Selon Kronenberg et Pollard, il correspond à la ségrégation systématique des opportunités occupationnelles provenant d'une restriction ou d'un refus d'accès à la participation occupationnelle basée sur la race, la couleur de peau, le handicap, l'origine nationale, l'âge, le sexe, la préférence sexuelle, la religion, les convictions politiques, le statut dans la société d'un individu (K. R. W. Hammell & Beagan, 2017).

Suite à la fuite de leur pays de résidence habituel, les demandeurs d'asile sont amenés à se déplacer. Cependant, les choix leur étant proposés sont limités et les décisions prises sont dans la majorité forcées. Selon Polatajko et ses collaborateurs, ces facteurs entraînent chez cette population une perte occupationnelle. A leur arrivée dans le pays d'accueil, les demandeurs d'asile sont confrontés à de multiples défis occupationnels en raison de leurs expériences vécues. Ces défis sont accentués par les conditions structurelles qui génèrent une injustice occupationnelle. D'après Nilsson et Townsend, les demandeurs d'asile sont « privés de leurs droits occupationnels, de leurs responsabilités et de leur liberté » (Huot, 2017). Par conséquent, les répercussions de ce processus sont la limitation de leur participation occupationnelle dû aux difficultés linguistiques, au manque de connaissances sur l'environnement, au manque et à l'inadaptabilité du soutien social, à la pauvreté, à la discrimination ou à l'inaccessibilité des différents services ; mais également l'isolement social. Les facteurs énumérés peuvent être à l'origine et entraîner une exclusion sociale des demandeurs d'asile (Huot, 2017).

3. 2. 2. L'inclusion sociale

La Charte des droits fondamentaux de la Commission Européenne définit l'inclusion sociale comme un « processus qui garantit que les personnes en danger de pauvreté et d'exclusion obtiennent les possibilités et les ressources nécessaires pour participer pleinement

à la vie économique, social et culturelle, et qu'elles jouissent d'un niveau de vie et de bien-être considéré comme normal pour la société dans laquelle elles vivent. L'inclusion sociale leur garantit une meilleure participation aux processus de prise de décision qui affectent leur vie et un meilleur accès à leurs droits fondamentaux » (Bouquet, 2015). La notion d'inclusion sociale est souvent confondue avec celle de l'intégration qui permet l'incorporation d'une communauté au sein de la société ayant pour finalité, une fois intégrée, que la population soit tout de même différenciée du système de base (cf. annexe 2). L'intégration est définie comme un « processus bidirectionnel d'adaptation mutuelle entre les migrants et la société dans laquelle ils vivent, par lequel les migrants sont incorporés à la vie sociale, économique, culturelle et politique de la communauté d'accueil » (IOM, 2021). Contrairement à l'intégration, l'inclusion sociale est une notion en plein développement, les dynamiques actuelles de santé tendent de plus en plus vers cette dernière. En effet, elle inclut une personne ou un groupe de personnes dans une société sans être conformé et pouvant agir, penser et exister en tant que tel. Au cours du temps, la notion d'intégration a évolué tout comme la vie en société, et l'inclusion sociale est apparue et se développe actuellement.

Pour résumer la troisième partie, à leur arrivée dans le pays d'accueil, les demandeurs d'asile sont confrontés à une injustice occupationnelle limitant leur droit occupationnel, et par conséquent leur participation occupationnelle étant néfaste pour la santé mentale des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT. De plus, s'y ajoute la limitation de participation aux occupations engendrée par la pathologie psychiatrique, elle-même. La participation occupationnelle est-elle une finalité lors d'une prise en soin en ergothérapie dans le but de promouvoir leur autonomie et favoriser leur inclusion sociale ?

4. L'accompagnement en ergothérapie auprès des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique

4. 1. L'ergothérapie

4. 1. 1. Définition

La profession d'ergothérapeute est réglementée par les articles L4331-1 à L4331-7 du code de la santé publique. Pour réaliser des actes professionnels en ergothérapie, l'intervention sous prescription médicale d'un médecin est nécessaire (Code de la santé publique, 2021).

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de la santé en capacité d'exercer dans les champs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Il intervient dans différents processus tels que celui de l'adaptation, de la réadaptation et de l'intégration sociale d'individus de tous âges. Il est défini comme le « spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation [...]) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace » (ANFE, 2022). L'ergothérapeute intervient auprès de personnes en situation de handicap ou susceptibles de l'être présentant des difficultés dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne telles que les soins personnels, les déplacements, la communication, les loisirs, le travail, les études ainsi que l'ensemble des activités signifiantes propre à la personne.

L'autonomie et l'indépendance dans les activités de vie quotidienne des individus est la finalité d'un accompagnement en ergothérapie. De ce fait, l'ergothérapeute prend en compte leurs capacités physiques ainsi que leurs facteurs psychosociaux et environnementaux influençant leur capacité d'agir. Il se renseigne également sur leurs routines occupationnelles et les environnements dans lesquels elles sont exercées ainsi que leurs rôles sociaux. Une intervention en ergothérapie permet d'accompagner des personnes à identifier leurs difficultés, à récupérer leurs capacités fonctionnelles et psychiques, à adapter leur quotidien en fonction de leurs limites et potentiels, ainsi qu'à réinvestir leurs occupations et rôles sociaux antérieurs. Ainsi, l'ergothérapeute favorise la participation occupationnelle des individus en s'adaptant à leurs besoins tout en assurant la sécurité et l'accessibilité aux différentes occupations (ANFE, 2022). Aussi, l'ergothérapeute a un rôle important dans la promotion de la santé, la prévention et l'enseignement auprès des personnes étant à risque de perte d'autonomie dans le but de prévenir d'éventuelles problématiques et de réduire certains effets néfastes (ANFE, 2022).

4. 1. 2. L'ergothérapie communautaire

Majoritairement, les ergothérapeutes interviennent auprès de personnes ayant un problème de santé en individuel. En élargissant cette vision, ils ont la possibilité de porter un regard communautaire. L'approche communautaire s'éloigne du contexte médical afin de prendre davantage en compte le contexte social problématique chez certains individus pouvant lui-même entraîner des problèmes de santé (Lorand & Morel-Bracq, 2020).

En complément d'un accompagnement individuel, les ergothérapeutes ayant une approche communautaire pensent leur pratique professionnelle en accompagnant les individus à développer le pouvoir d'agir sur les déterminants de leur santé, pas seulement sur les symptômes de celle-ci. Ainsi, ces pratiques sont appelées des interventions d'intérêt collectif en ergothérapie, elles prennent en compte « de manière systémique les déterminants structurels de la santé (cohésion sociale, partage du pouvoir et des ressources...), mais aussi les enjeux collectifs actuels (crise climatique, montées des inégalités sociales...) » (Clavreul, 2020).

Afin de compléter la définition, la pratique communautaire en ergothérapie repose sur l'engagement communautaire facilité par la confiance, le respect et la réciprocité. Pour cela, l'ergothérapeute centre ses interventions sur l'occupation en se basant sur les forces de la communauté dans la perspective d'améliorer leur participation occupationnelle. En collaboration avec la communauté, des stratégies habilitantes émergent et sont mises en application afin d'améliorer leur participation occupationnelle, et par conséquent leur santé mentale et leur inclusion sociale (Dickson-Swif et al., 2019).

La communauté est définie comme « un groupe fluide et évolutif, soutenu par des liens sociaux, culturels et/ou spatiaux. Les membres d'une communauté incluent des personnes, des groupes, des réseaux, des organisations et des entreprises ayant des caractéristiques, des histoires, des expériences, des compétences et des ressources diverses » (Dickson-Swif et al., 2019). Ainsi, ils ont des intérêts, des occupations et des objectifs communs. La population ciblée, les demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique s'inscrivent dans cette approche puisque leur contexte social est problématique et aggrave leur santé mentale. En effet, ils ont vécu un parcours migratoire traumatisant qui a fragilisé et affecté leur santé mentale. Ils rencontrent des difficultés occupationnelles similaires. A leur arrivée dans le pays d'accueil, ils ont également des objectifs communs tels que la demande d'asile, l'inclusion dans le pays, etc. Cependant, cette pratique communautaire est en pleine évolution et n'a actuellement pas atteint son apogée (Carrier & Raymond, 2017).

4. 1. 3. L'interculturalité au sein d'une relation soignant-soigné

Les demandeurs d'asile ont immigré de leur pays de résidence habituelle ayant une culture différente de celle de leur pays d'accueil. De ce fait, la prise en compte de la diversité sociale et la culture d'autrui dans une prise en soin ergothérapeutique est nécessaire.

Premièrement, la culture se traduit par « l'ensemble des connaissances, des savoir-faire, des traditions, des coutumes, propres à un groupe humain, à une civilisation. Elle se transmet socialement, de génération en génération [...] et conditionne en grande partie les comportements individuels » (RESSPIR, 2019). Elle se manifeste chez les individus principalement par le biais de l'art, du langage ainsi que des techniques utilisées. Ainsi, de manière générale, la pratique professionnelle des soignants est une culture à part entière.

Deuxièmement, la présence d'un soignant et celle d'un demandeur d'asile au sein d'une structure de soin met en évidence la multiculturalité. Elle se définit « la co-habitation de plusieurs cultures (ethniques, religieuses...) dans une même société, dans un même pays » (RESSPIR, 2019). Ainsi, chaque culture possède son propre espace étant respecté par autrui.

Troisièmement, l'accompagnement en ergothérapie requiert systématiquement une relation thérapeutique entre le soignant et le soigné. Ainsi, l'interculturalité apparaît puisqu'elle se caractérise par la rencontre, le partage et l'échange avec un patient ainsi que son entourage d'une culture différente. De plus, les échanges sont respectés mutuellement et l'identité culturelle est préservée par chacun des acteurs. Par conséquent, le soignant doit être investi dans la relation thérapeutique et en mesure de prendre du recul à propos de sa propre culture, y compris celle partagée par ses collègues et par son institution (cf. annexe 3).

4. 1. 4. La participation occupationnelle au centre d'un accompagnement en ergothérapie

Selon Law, Baum et Dunn, la participation occupationnelle est considérée comme une finalité de l'ergothérapie et elle est devenue centrale lors d'une prise en soin (Meyer, 2010). L'engagement occupationnel est un des principaux facteurs de la participation occupationnelle. Il permet de mettre en évidence que l'ergothérapie n'est plus seulement une thérapie par l'activité promouvant des occupations à des personnes ou à des groupes d'individus. En approfondissant, elle se focalise sur la valorisation de la réalisation d'une occupation par le patient lui-même (Meyer, 2010). Ces affirmations sont également confirmées lorsque l'ergothérapeute s'appuie sur une approche communautaire.

Les demandeurs d'asile atteints d'un TSPT présentent des difficultés à acquérir de nouvelles aptitudes à la vie quotidienne du fait de la culture, des différents systèmes de la

société, de la séparation avec leur proche ainsi des répercussions des traumatismes vécus lors de leur parcours migratoire.

Les ergothérapeutes ont la capacité d'évaluer l'autonomie, plus précisément les capacités de la personne lors de la réalisation de ses activités de vie quotidienne. Grâce à leurs propres expériences, l'ergothérapeute et le demandeur d'asile collaborent afin d'améliorer les habiletés du patient, et par conséquent de développer le sentiment de confiance en soi et de satisfaction afin de favoriser la participation occupationnelle et leur santé mentale (Winlaw, 2017).

Chez les demandeurs d'asile ayant un TSPT, le fait de participer à des activités collectives avec des personnes inconnues est, dans certains cas, un obstacle. Cependant, si les personnes sont volontaires, elles permettent de rompre contre l'isolement social, ce qui favorise la participation occupationnelle, et par conséquent la santé mentale de cette population.

Ainsi, les ergothérapeutes ont des compétences pour évaluer et identifier les besoins occupationnels, adapter les occupations à chaque situation, instaurer une routine quotidienne et apporter un soutien dans le but de favoriser leur santé mentale. Ils analysent les activités réalisées afin de comprendre davantage leur fonctionnement et ainsi positiver leur apprentissage et leur motivation (Winlaw, 2017).

Cette approche permet d'encourager les demandeurs d'asile à participer à des occupations significatives pour eux afin qu'ils soient acteurs de la prise en soin. De plus, la participation d'une communauté à des occupations communes que ce soit socialement, mais également culturellement améliore leur santé mentale (Dickson-Swif et al., 2019).

L'occupation est une nécessité en lien étroit avec la santé et la pratique en ergothérapie se basant sur la science de l'occupation. Par conséquent, l'ergothérapeute a toute sa place auprès de cette population ayant une limitation de participation occupationnelle. Afin de guider son accompagnement, l'ergothérapeute a la possibilité de se référer à des modèles conceptuels spécifiques à sa profession.

4. 2. L'application d'un modèle conceptuel

4. 2. 1. Définition

Dans leur pratique professionnelle, les ergothérapeutes s'appuient sur des modèles conceptuels. Ils amènent les professionnels à se faire une « représentation mentale simplifiée

d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017) leur permettant de guider une prise en soin.

Ainsi, l'utilisation d'un modèle conceptuel permet aux ergothérapeutes de garantir une démarche de qualité en ayant un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluations cohérents et des bases de recherche solides. De plus, le modèle conceptuel permet d'expliquer et d'argumenter les actes professionnels en ergothérapie auprès des patients mais également des autres professionnels avec lesquels ils collaborent (Morel-Bracq, 2017).

4. 2. 2. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Les ergothérapeutes intervenant auprès des demandeurs d'asile atteints d'un TPST présentant une limitation de participation occupationnelle ont la possibilité de s'appuyer sur des modèles conceptuels tels que le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Ce modèle conceptuel général spécifique à l'ergothérapie créé par Kielhofner durant la fin des années 1980 est centré sur l'occupation humaine. Il permet de structurer le discours et les différentes observations. De plus, il offre de nombreux outils et il permet aux ergothérapeutes d'organiser le recueil de données, de comprendre les forces et les difficultés à propos de l'engagement et de la participation occupationnelle de la personne dans ses activités de vie quotidienne.

Selon Kielhofner, dans son modèle, il considère que « l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne » (Morel-Bracq, 2017) puisque c'est en agissant que les individus se construisent et deviennent ce qu'elles sont. L'occupation est alors présentée comme une dynamique dépendante du contexte environnemental dans lequel elle est effectuée. Kielhofner définit l'occupation humaine comme « une large gamme d'activité (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Morel-Bracq, 2017). Ainsi, la participation occupationnelle est l'un des éléments centraux de ce modèle, elle est « le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement » (Morel-Bracq, 2017). De l'ensemble de ces interactions en découlent les trois grandes parties du MOH (Morel-Bracq, 2017).

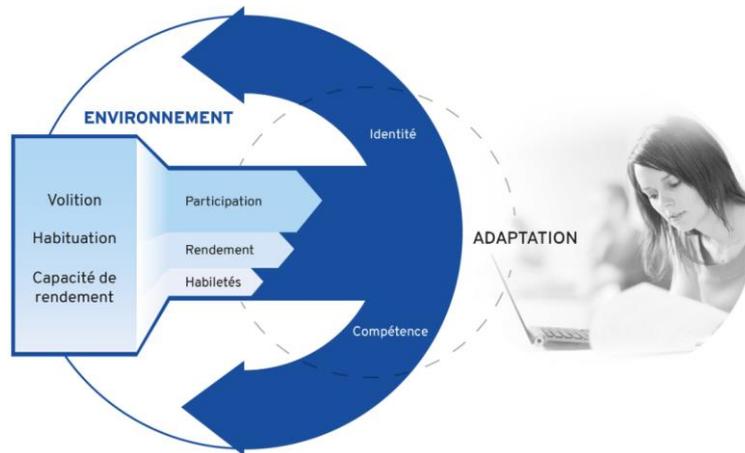


Figure 2 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, 2021)

L'**Être** comprend trois composantes de la personne suivantes :

1. Volition : « la motivation d'une personne à agir sur l'environnement » (Morel-Bracq, 2017).

Elle se constitue de sous-composantes interdépendantes qui sont les suivantes :

- Valeurs : tout ce qui est important et significatif au niveau social et personnel,
- Centres d'intérêt : tout ce qui est agréable et satisfaisant rendant une activité plus attrayante qu'une autre,
- Causalité personnelle : toutes les pensées et les connaissances d'une personne sur ses propres capacités et sur sa propre efficacité à effectuer une activité.

La volition, de manière générale, est la composante favorisant l'engagement occupationnel. Ce processus est fondé sur les expériences, les sentiments, les pensées et les choix d'un individu (Morel-Bracq, 2017).

2. Habitude : « l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier » (Morel-Bracq, 2017).

Elle se compose des habitudes et des rôles. L'habitude est une réponse automatique poussant la personne à agir de manière constante lors de situation connue ou dans un environnement familier. Le rôle fait référence aux statuts sociaux et personnels ainsi qu'à l'ensemble des comportements qui en découlent.

3. Capacité de performance : « l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physique et mentales) et à l'expérience subjective du corps » (Morel-Bracq, 2017).

L'**Agir** correspond à la dynamique du MOH. Les trois niveaux suivants sont observés :

1. **Participation occupationnelle** : incluant le fait d’agir de manière générale mais également l’engagement occupationnel dans ses propres activités dans un contexte socioculturel spécifique.
2. **Performance occupationnelle** : faisant référence à la réalisation en tant que telle de toutes les tâches favorisant une participation occupationnelle.
3. **Habilités** : essentiels à la réalisation d’une tâche. Elles correspondent à une action précise, observable et dirigée vers un but. Elles peuvent être de différentes catégories, les habiletés motrices, opératoires, de communication et d’interaction (Morel-Bracq, 2017).

L’**Adaptation occupationnelle** est la conséquence de l’Agir et permet à l’individu de s’adapter occupationnel. L’ensemble des expériences occupationnelles vécues par l’individu permet de développer une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles (Université Laval, 2021). L’**identité occupationnelle** est une composante subjective mêlant ce que la personne est et ce qu’elle souhaite devenir. Les **compétences occupationnelles** sont les capacités à instaurer et à maintenir une routine occupationnelle quotidienne en adéquation avec son identité occupationnelle (Morel-Bracq, 2017).

L’ensemble de ces trois grandes parties sont dépendantes de l’environnement. Ce dernier offre des opportunités comme des contraintes influençant la participation occupationnelle de la personne. L’environnement est physique (objets et espaces physiques) mais également social (humain et socioculturel) (Morel-Bracq, 2017).

III. Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche

Pour rappel, la question de départ à l'initiative de cette recherche est la suivante : « Comment un accompagnement en ergothérapie peut-il faciliter la participation occupationnelle des demandeurs d'asile ayant une santé mentale fragilisée ? ». Au fur et à mesure, à l'aide de la littérature, ce questionnement s'est affiné. De nouveaux concepts associés au sujet de recherche initial ont émergé et ont été développés.

Les données théoriques recueillies mettent en évidence que la santé mentale des demandeurs d'asile est un enjeu de santé, en France. Ainsi, des structures de soin telles que les PASS ou l'EMPP étant similaire à l'UMAPP ont été créées. Elles permettent de répondre en partie à cet enjeu de santé public (Roptin, 2011). Des ergothérapeutes exercent dans ces milieux professionnels, notamment auprès de personnes migrantes. A leur arrivée dans le pays d'accueil, les demandeurs d'asile sont orientés vers ces établissements dans le but d'être accompagnés de manière holistique, et notamment au regard de leur santé mentale fragilisée.

Les différentes répercussions du parcours migratoire vécu par les demandeurs d'asile permettent de relever leurs besoins. Ceux-ci doivent être comblés afin d'obtenir une santé mentale satisfaisante. Dans ce contexte, les demandeurs d'asile ont une santé mentale fragilisée ainsi ils ont une forte probabilité de développer une pathologie psychiatrique inscrite dans le DSM-V, appelée le trouble du stress post-traumatique (Marianne & Aurore, 2020). Cette pathologie engendre des répercussions majeures sur leur participation occupationnelle de l'ensemble de leurs activités quotidiennes actuelles ou des activités antérieures n'étant plus possible de réaliser dans les circonstances actuelles (Inserm, 2020). De ce fait, en tant qu'ergothérapeute, le concept de la participation occupationnelle appartient aux sciences de l'occupation et il est intéressant à développer afin de réduire la limitation et le désintérêt à participer à diverses activités.

D'une part, à leur arrivée dans le pays d'accueil, les demandeurs d'asile sont confrontés à une injustice occupationnelle limitant leur droit occupationnel, et par conséquent leur participation occupationnelle quotidienne (Huot, 2017). D'autre part, les demandeurs d'asile atteints d'un TSPT ont une participation occupationnelle limitée davantage accentuée. Elle s'explique par la pathologie psychiatrique en elle-même.

De plus, la participation occupationnelle se définit comme la complémentarité de deux concepts : l'engagement occupationnel, c'est-à-dire choisir, trouver un sens positif et s'impliquer dans une occupation, et la performance occupationnelle, autrement dit la réalisation en tant que telle d'une occupation, au sein d'un contexte social (Meyer, 2010). Cette réflexion permet de mettre en évidence que l'inclusion sociale de cette population est limitée.

En ergothérapie, la participation occupationnelle est une finalité lors d'une prise en soin dans le but de promouvoir leur autonomie et leur indépendance au quotidien, et plus largement de favoriser leur inclusion sociale dans la nouvelle société. Afin de s'adapter à la population ciblée, l'ergothérapie dite communautaire s'est développée. Cette pratique professionnelle permet d'élargir la vision des ergothérapeutes (Dickson-Swif et al., 2019). Ainsi, l'accompagnement ne se centre pas seulement sur les symptômes d'une pathologie, le TSPT, mais il prend en compte les déterminants structurels de la santé ainsi que les enjeux collectifs actuels (Clavreul, 2020). De plus, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle conceptuel permettant de comprendre la participation occupationnelle dans sa globalité. Il est utilisé par les ergothérapeutes comme un guide afin d'orienter leur accompagnement (Morel-Bracq, 2017).

La conceptualisation du sujet de recherche met en lien différents concepts. A travers cette réflexion théorique, la problématique de recherche suivante en est ressortie :

Comment l'ergothérapeute peut-il susciter l'engagement dans les activités de vie quotidienne des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique afin de promouvoir leur participation occupationnelle au sein du pays d'accueil ?

Dans le cadre d'une méthode hypothético-déductive, des hypothèses de recherche sont émises afin de répondre à cette problématique de recherche.

La littérature met en évidence que les demandeurs d'asile atteints d'un TSPT ont une santé mentale fragilisée s'expliquant en partie par la limitation de participation occupationnelle. De manière générale, cette restriction provient des injustices occupationnelles ainsi que des répercussions de la pathologie psychiatrique tels que le désintérêt et l'isolement social. Ces facteurs conduisent la personne à une exclusion sociale. Ainsi, l'amélioration de la participation occupationnelle est possible, d'une part si la personne s'engage dans une activité signifiante ayant un sens positif pour elle (hypothèse 1) et, d'une part si la personne s'engage dans une activité réalisée au sein d'un contexte social, notamment au sein d'un groupe (hypothèse 2).

Hypothèse 1 : Les activités significatives favorisent l'intérêt occupationnel des demandeurs d'asile atteints de trouble du stress post-traumatique afin de susciter l'engagement occupationnel.

Hypothèse 2 : Les activités collectives permettent le développement de l'environnement social des demandeurs d'asile atteints d'un trouble du stress post-traumatique afin de susciter l'engagement occupationnel.

IV. Dispositif méthodologique

Le développement d'un dispositif méthodologique rend la démarche de recherche objective et permet de garantir sa scientificité. Des choix sont réalisés par le chercheur afin d'adapter le dispositif méthodologique le plus adapté au sujet de recherche étudié. Ils seront exposés et argumentés dans le but de répondre à la problématique de recherche, mais également aux hypothèses de recherche.

Afin d'explicitier l'ensemble de ces prises de décision, nous allons présenter et argumenter au regard de la recherche étudiée, la méthodologie et l'approche employées ainsi que les critères d'inclusion de l'échantillon interrogé. Ensuite, l'élaboration de la technique et de l'outil de recueil de données empiriques sera abordée. Enfin, nous allons préciser la posture éthique du chercheur et l'objectivité de la recherche en déconstruisant certaines représentations sociales liées au sujet de recherche.

1. Méthodologie qualitative

Deux types de méthodologies sont exploitables, la méthodologie quantitative et la méthodologie qualitative. Dans le cadre de cette recherche, la méthodologie qualitative est utilisée. De manière générale, selon Creswell, ce type de méthodologie est réalisée « dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage » (Kohn & Christiaens, 2015). Elle se caractérise par la récolte de données empiriques qualitatives, par exemple, par les mots, les récits, les observations, les entretiens, les images, les vidéos ou les analyses de documents. L'analyse de ces données empiriques permet une compréhension plus fine en obtenant des explications significatives d'un phénomène social. L'étude de la population ciblée est effectuée dans leur milieu naturel, contrairement aux expériences ou aux situations artificielles (Kohn & Christiaens, 2015). Elle est une « façon de regarder la réalité sociale » (Kohn & Christiaens, 2015). De par l'ensemble de ces caractéristiques, la méthodologie qualitative est dite compréhensive et flexible (Brito & Pesce, 2015).

La recherche est centrée sur l'étude des expériences professionnelles des ergothérapeutes suscitant l'engagement occupationnel chez les demandeurs d'asile atteints d'un TSPT d'un accompagnement. Ce sujet requiert d'explorer les différents comportements, les pratiques

professionnelles ainsi que le sens qu'ils donnent à leurs actions dans le but d'obtenir une compréhension plus fine. Seules ces données empiriques pourront répondre aux hypothèses émises. De plus, cette méthodologie est adaptée au sujet traitant des problématiques de santé mentale puisqu'elle favorise à élargir sa vision (Aubin-Auger et al., 2008).

2. Approche hypothético-déductive

Deux approches sont exploitables, l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. Dans le cadre de cette recherche, l'approche hypothético-déductive est appliquée. Elle se caractérise par la formation d'hypothèses de recherche provenant de déductions théoriques relevées dans le cadre conceptuel. L'objectif de l'hypothèse est de proposer une réponse à la problématique de recherche synthétique afin d'être validée ou réfutée par l'étude des faits et par l'enquête menée. (Lièvre, 2016).

La construction de l'approche hypothético-déductive comporte plusieurs étapes :

- 1) Lecture d'articles scientifiques dans la perspective de construire une contextualisation (l'entonnoir), une question de départ, une conceptualisation, une problématique de recherche et des hypothèses de recherche.
- 2) Elaboration de l'enquête de terrain, autrement dit le dispositif méthodologique comprenant le choix de la technique et la réalisation de l'outil.
- 3) Réalisation de l'enquête de terrain en recueillant les données empiriques de l'échantillon concerné à l'aide de l'outil.
- 4) Analyses et interprétations scientifiques des données empiriques recueillies. Lors de cette étape, les hypothèses de recherche formulées lors de la première étape sont confirmées ou infirmées.

La présence suffisante d'articles scientifiques sur le sujet de recherche étudié a permis l'émergence d'une question de départ, et par la suite la construction d'une problématique de recherche. La conceptualisation a donné lieu à l'émergence de déductions étant formulées sous formes hypothèses de recherche. Par la suite, l'analyse des données empiriques de l'échantillon concerné permettront de les valider ou de les invalider. L'approche est adaptée à la démarche méthodologique initiée.

3. Population ciblée

3. 1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion

La population de la recherche interrogée est définie par des critères d'inclusion directement en lien avec la problématique de recherche dans le but que celle-ci puisse répondre aux hypothèses de recherche.

Premièrement, seulement des ergothérapeutes Diplômés d'Etat (D.E.) seront interrogés afin de recueillir leurs différentes actions, moyens, visions et expériences concernant leur pratique professionnelle. Deuxièmement, les ergothérapeutes D.E. exerçant ou ayant exercé en structure de soins, en France, auprès de personnes demandeuses d'asile atteintes d'un trouble de stress post-traumatique seront ciblés afin de répondre à la problématique de recherche concernant la participation occupationnelle de cette population, et plus précisément leur engagement occupationnel. Troisièmement, le MOH a permis d'expliquer le concept de participation occupationnelle et de guider l'ensemble du cadre conceptuel. Il est intéressant que les ergothérapeutes D.E. l'utilisent dans leur pratique professionnelle.

L'ensemble de ces critères d'inclusion permet au chercheur de constituer un groupe représentatif présenté ci-après.

3. 2. La prise de contact

La prise de contact s'est déroulée par mail, par le réseau social « Facebook » ainsi que par appel téléphonique auprès d'ergothérapeutes travaillant en France.

Concernant les demandes par mail, les coordonnées d'ergothérapeutes ont été majoritairement recueillies grâce au réseau de ma maître de mémoire mais également par des recherches internet.

En parallèle, un message de demande d'entretien a été posté sur le groupe Facebook « Ergothérapie Emancipatrice (Sociale ; Communautaire ; Citoyenne...) ». A la suite de ces démarches, deux ergothérapeutes m'ont répondu positivement. Cependant, une relance par appel téléphonique était nécessaire afin de fixer une date précise de l'entretien.

Malgré les différentes demandes envoyées et n'ayant pas réussi à avoir d'entretiens supplémentaires, afin que le travail de recherche soit plus complet, des demandes ont été

envoyées par le biais de « Messenger » de manière individualisée. Environ un mois après mes premières demandes, le troisième entretien a été obtenu et réalisé rapidement.

3. 3. La présentation de l'échantillon

Suite aux réponses positives d'ergothérapeutes D.E. correspondant aux critères d'inclusion cités précédemment, un groupe représentatif, appelé l'échantillon, a été constitué. Cet échantillon permet au chercheur de choisir à partir de critères d'inclusion et de non-inclusion élaborés en amont des individus dans un ensemble défini. Ainsi, il permet « de réaliser sur eux des mesures ou des observations qui permettront de généraliser les résultats à l'ensemble premier » (Aktouf, 1987).

Afin de respecter les valeurs du dispositif méthodologique, l'anonymisation est requise. C'est pourquoi les ergothérapeutes interrogés seront nommés E1, E2 et E3.

Echantillon : professionnels interrogés par visioconférence ou entretien téléphonique	Nomination	Lieu d'exercice
Ergothérapeute 1	E1	Structure publique et EMPP
Ergothérapeute 2	E2	Lieu d'hébergement temporaire
Ergothérapeute 3	E3	UMAPP

4. **Technique : l'entretien semi-directif**

Pour mener le programme d'enquête à terme, l'étape de la récolte des données empiriques auprès de l'échantillon est possible à l'aide d'une technique spécifique. Ainsi, il en existe plusieurs à disposition telles que l'observation, le questionnaire ou l'entretien.

Dans le cadre de cette recherche, l'entretien est la technique la plus adéquate. Son objectif principal est « la compréhension de ce qui se passe pour l'autre. Il vise à réunir des discours, des récits et des matériaux discursifs permettant de comprendre les représentations mentales et les pratiques des individus au sein des organisations investiguées lors d'une

recherche » (Chevalier & Meyer, 2018). En effet, cette technique est justifiée puisque les réponses à la problématique de recherche, autrement dit les actions proposées pour susciter l'engagement occupationnel des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT, sont axées sur l'identification des points de vue, des croyances, des attitudes, des expériences professionnelles, etc. Cependant, d'une part, un questionnaire ne serait pas suffisant pour comprendre l'ensemble du raisonnement de l'ergothérapeute et pour ouvrir le sujet sur d'autres actions menées. En effet, le cadre est rigide et l'interaction verbale entre l'enquêteur et le chercheur est absente. D'autre part, des observations ne seraient pas adaptées puisque les éléments principaux répondant aux hypothèses de recherche proviennent des réflexions intrapsychiques des ergothérapeutes concernant leur pratique professionnelle auprès de demandeurs d'asile atteints d'un TSPT.

De plus, il existe plusieurs types d'entretiens, l'entretien directif, semi-directif ou non directif. L'entretien semi-directif a pour objectif « de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus » (Chevalier & Meyer, 2018) et il repose sur « l'idée que la réalité des individus n'est pas uniquement accessible par le chercheur (observation) ou par les individus eux-mêmes (questionnaires) mais par une interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs » (Chevalier & Meyer, 2018). En effet, ce choix est intéressant puisqu'il permet à l'enquêteur de questionner l'enquêté sur les concepts théoriques mis en lien au préalable, tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer librement autour du sujet. Les entretiens semi-directifs dureront environ 45 minutes.

5. Outil : le guide d'entretien

La technique d'entretien nécessite l'élaboration d'un outil, appelé le guide d'entretien. Le guide d'entretien semi-directif est « constitué d'une liste de thèmes et de questions ouvertes, complétée par des reformulations et des questions de relance » (Chevalier & Meyer, 2018). Cette constitution favorise la liberté d'expression des enquêtés tout en restant centrée sur le sujet de recherche. Pour compléter, il se définit comme « un aide-mémoire qui permet de recentrer l'entretien si nécessaire, mais il ne doit jamais se transformer en un cadre rigide » (Chevalier & Meyer, 2018). Ainsi, l'ordre chronologique et le nombre total de questions prévus au préalable peuvent être flexibles afin de garder un échange dynamique avec le participant.

Lors de la construction du guide d'entretien, des thèmes ont été relevés. Ils permettent de valider ou de réfuter les concepts développés dans les deux hypothèses de recherche émises répondant à la problématique de recherche. Ainsi, le guide d'entretien a été élaboré selon les cinq thématiques principales suivantes :

- Les données socio-démographiques des enquêtés interrogés dans le but de connaître leurs caractéristiques et leur parcours professionnel.
- Les demandeurs d'asile atteints du trouble de stress post-traumatique afin de relever les principales répercussions observées par les ergothérapeutes interrogés dans les différentes sphères de cette population.
- La participation occupationnelle, cette catégorie permet de recueillir les propres définitions et les ressentis des enquêtés concernant la participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints de TSPT. Elle permet de confirmer la présence ou non de restriction de participation occupationnelle auprès de cette population.
- Les activités significatives, cet item met en évidence l'utilisation ou non de ce moyen thérapeutique dans la pratique professionnelle en ergothérapie puisque c'est un élément essentiel pour favoriser l'engagement occupationnel des personnes, et généralement leur santé mentale et leur inclusion dans le pays d'accueil.
- Les activités collectives, cette catégorie met en évidence l'utilisation de ce moyen thérapeutique dans la pratique professionnelle en ergothérapie puisque c'est un élément essentiel au développement de l'environnement social de la personne, et plus largement permet de favoriser l'engagement occupationnel, leur santé mentale et leur inclusion dans le pays d'accueil.

A partir de ces thématiques, des questions, des critères et des indicateurs ont été rédigés dans le guide d'entretien (cf. annexe 4).

6. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche

La scientificité de la recherche est garantie par la réflexion du chercheur concernant l'objectivité et l'éthique de la recherche à travers la méthodologie choisie, la méthodologie qualitative. Le rôle d'auteur scientifique exige une double contrainte. Premièrement, être auteur, « c'est imprimer sa marque ou son style, et donc faire preuve de personnalité, sinon

d'originalité » (Grossmann, 2017). Deuxièmement, être scientifique, c'est « de faire preuve d'objectivité, ce qui dans les représentations sociales implique une suspension du jugement, avec comme corrélat une forme effacement énonciatif » (Grossmann, 2017). Pour résumer, l'auteur scientifique laisse « les faits parler d'eux-mêmes, plutôt que d'exprimer son propre point de vue » (Grossmann, 2017).

Les faits sociaux relevés par l'enquêteur, « consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui » (Durkheim, 1894). La saisie des représentations sociales ainsi que la façon de penser de l'enquêté est primordiale, puisque les faits sociaux se comprennent seulement à travers le sens qu'il y donne. Dans cette situation, la démarche de recherche est en adéquation avec la démarche compréhensive développée par Weber prenant en compte le sens donné par les acteurs.

Cependant, chaque individu de par son éducation et ses expériences personnelles a des représentations sociales. Concernant, la population demandeuse d'asile, et plus largement les personnes migrantes, un sondage récent a été mené par l'IFOP étant un institut d'études d'opinion et de marketing en France et à l'international. Les résultats montrent que 80% des français « pensent que l'immigration est un sujet dont on ne peut pas parler sereinement en France » (IFOP, 2022), que 70% des français « considèrent que la France compte déjà beaucoup d'étrangers et que l'accueil d'immigrés supplémentaires n'est pas souhaitable » (IFOP, 2022) et que 69% des français « estiment que l'immigration permet au patronat de tirer vers le bas les salaires » (IFOP, 2022).

Ces points de vue questionnent afin de comprendre l'origine de ses représentations sociales, nous allons aborder la notion de racisme. Elle se traduit comme une « idéologie fondée sur la croyance qu'il existe une hiérarchie entre les groupes humains, selon la nationalité, une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique » (Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes de la diversité et de l'égalité des chances, 2023). Cette idéologie est étroitement en lien avec la discrimination raciale définit, selon la convention des nations unies, comme « toute discrimination, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie

publique » (Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes de la diversité et de l'égalité des chances, 2023). En effet, le racisme étant l'idéologie suivie par l'individu pouvant les amener à des actes de discrimination raciale, notamment envers les personnes migrantes. Ce phénomène est renforcé par le fait que ce soit un sujet peu abordé et tabou au sein de la société.

L'ensemble de ces représentations sociales sont déconstruites dans ce travail de recherche afin de suivre la rigueur scientifique exigée, par conséquent de limiter toute part subjective. Ainsi, ce travail de distanciation marque une rupture en déconstruisant ses propres valeurs, connaissances, prénotions, évidences, références, normes, etc. Elle permet de se décentrer du sujet de recherche et d'adopter une posture scientifique. L'enquêteur se focalise seulement sur les faits, et se présente comme désintéressé, modeste et prudent (Grossmann, 2017). Cette distanciation dans la recherche concerne le chercheur, nous sommes influencés par nos propres représentations sociales afin de choisir le sujet traité. Il est également destiné aux lecteurs devant se libérer de toutes leurs représentations sociales pouvant entraver la compréhension de cette recherche. Aussi, en questionnant des professionnels travaillant auprès de personnes demandeuses d'asile, il est nécessaire de se mettre à distance des discours militantismes.

De plus, la recherche exige de respecter des points éthiques fondamentaux auprès de la personne questionnée. Selon Malherbe, « le but de l'éthique est que chaque sujet crée chaque jour son propre sens, sa propre façon de devenir plus humain » (Martineau, 2007). Afin de ne pas nuire, et par conséquent de ne pas nuire à autrui, le chercheur respecte les notions suivantes auprès des personnes interrogées : leurs anonymats, l'approbation de leur consentement libre et éclairé, l'autorisation d'enregistrement, l'information de la destruction de leurs données empiriques, l'interdiction de quelconques jugements, l'interdiction d'émettre son point de vue ainsi que la liberté d'expression.

V. Présentation et analyse des résultats

1. Processus d'analyse qualitative

Selon Mortelmans, « l'analyse qualitative déconstruit les données, afin de construire une analyse ou une théorie » (Kohn & Christiaens, 2015). L'analyse qualitative des données empiriques se construit en quatre temps.

Premièrement, une retranscription rigoureuse des enregistrements des trois entretiens menés par visioconférence ou par appel téléphonique est demandée. Ce choix de moyen de communication s'explique par la position géographique des ergothérapeutes ne permettant pas une rencontre en présentiel. Afin de respecter les valeurs éthiques du chercheur, l'accord de l'enquêté quant à l'enregistrement des échanges est requis au préalable. Cette étape correspond à la préanalyse permettant d'obtenir une vision globale de l'ensemble des données à analyser (Mukamurera et al., 2006).

Deuxièmement, certains segments du discours des enquêtés ont été relevés en fonction des différentes thématiques abordées dans le guide d'entretien (Mukamurera et al., 2006).

Troisièmement, chaque segment du discours mis en lumière ont été regroupés et catégorisés dans la grille d'analyse (cf. annexe 5) (Mukamurera et al., 2006).

Quatrièmement, les segments du discours inscrits dans le grille d'analyse sont analysés et interprétés dans le but de répondre aux hypothèses de recherche (Mukamurera et al., 2006). Une analyse verticale, appelée l'analyse par entretien, sera effectuée. Elle reprend brièvement l'ensemble du discours de chaque ergothérapeute sur les différentes thématiques de la grille d'analyse. Puis, une analyse horizontale, appelée l'analyse par thématique sera réalisée. Elle met en évidence la cohérence des indicateurs d'une thématique au regard des segments du discours des trois entretiens.

2. Analyse verticale

La première personne interrogée, nommée E1 a été diplômée ergothérapeute D.E. en 2020. Lors de ses études, elle s'est intéressée à l'ergothérapie sociale et communautaire. Elle a réalisé une expérience professionnelle au sein d'une structure de santé publique ayant pour objectif de prévenir et promouvoir la santé mentale au travers d'activités collectives. Cependant, du fait de son manque de connaissance au regard de cette pratique, elle a ressenti le

besoin d'effectuer un master en santé publique, promotion et prévention en santé. Par la suite, elle a exercé au sein d'une EMPP. Aujourd'hui, elle travaille en tant que médiatrice en santé communautaire dans une association. A travers ses différentes expériences professionnelles, elle a accompagné, en tant qu'ergothérapeute, des personnes demandeuses d'asile atteintes d'un TSPT. D'après E1, « être demandeur d'asile, c'est être dans une instabilité permanente » puisqu'ils sont en attente d'une réponse définitive du droit d'asile. Ainsi, elle a observé un « stress au quotidien » présent chez cette population. De plus, elle déclare que les traumatismes vécus associés aux raisons de départ du pays d'origine ainsi qu'au parcours migratoire sont à prendre compte, « c'est une cumulation de traumatisme pour eux, c'est terrible psychologiquement après ». En raison des conditions de vie et de leur vulnérabilité dans le pays d'accueil, elle pense qu'ils sont « encore dans le traumatisme ». Elle ajoute que la participation occupationnelle n'est pas une priorité pour les demandeurs d'asile. Cependant, si des activités accessibles leur sont proposées, « ils s'en saisissent ». En effet, elle évoque plusieurs obstacles entravant leur participation occupationnelle comme les sphères économiques, de santé mentale (état psychologique), l'environnement (manque de propositions d'activités et la politique), etc. Elle associe la participation occupationnelle à la notion d'engagement occupationnel, qu'elle qualifie comme temporaire et un privilège pour cette population. Afin de les accompagner à une amélioration de leur participation occupationnelle, dans un premier temps, elle accorde de l'importance à l'alliance thérapeutique. Dans un deuxième temps, elle conseille et oriente vers différents relais. En parallèle, elle « commence à aller vers les choses qui ont du sens pour eux » faisant référence à un accompagnement centré autour des activités significatives des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT. L'objectif est de « leur faire comprendre que c'est des personnes à part entière ». La majorité des activités proposées par E1 qu'elles soient significatives ou non sont collectives permettant de créer un espace sécuritaire « dans un environnement très insécuritaire pour eux ». Elle remarque que les interactions avec autrui vivant des situations semblables est un facteur pour rompre la solitude, « ça donne un sentiment de ne pas être seul ». De plus, elle observe qu'au sein d'une communauté que ce soit par la communication verbale ou non-verbale, « il y a ce truc, on n'a pas besoin de se dire les choses, on sait, dans le regard, dans la posture, dans les attentions, etc. ». Elle pense également que le groupe permet de « réveiller » les éléments significatifs ou d'en créer des nouveaux.

La deuxième personne interrogée, nommée E2 a obtenu son diplôme d'ergothérapeute D.E. en 2017. Elle s'est intéressée à l'ergothérapie sociale et communautaire ainsi qu'aux concepts tels que la justice occupationnelle et la transformation sociale dans le but d'exercer

dans ce champ d'intervention. Afin de développer ses connaissances et ses compétences en santé communautaire, elle a réalisé un master de santé publique. Actuellement, elle fait de la recherche en doctorat tout en travaillant dans un lieu d'hébergement temporaire auprès de personnes sans domicile fixe dont des demandeurs d'asile. Elle a également rencontré cette population lors de la mise en place d'un de ses projets en santé communautaire. Selon E2, la majorité des personnes demandeuses d'asile vivent des événements traumatisants puisqu'ils ont quitté leur pays de résidence habituelle « pour des raisons traumatiques, leur parcours est traumatique, et ils arrivent en France et ils sont toujours dans des conditions traumatisantes ». En effet, elle évoque que leurs conditions d'hébergement et leurs faibles ressources financières par l'ADA sont des facteurs qui y contribuent. De plus, elle verbalise qu'ils ressentent toujours un stress permanent s'expliquant par l'incertitude de la réponse de demande d'asile et de l'exigence de cette démarche. Ainsi, elle qualifie la demande d'asile comme une période de « flottement ». Elle a observé dans leurs comportements et dans leurs discours un ennui profond, une perte de sens, une fatigue extrême, des difficultés à se mouvoir et d'organisation. En effet, elle évoque qu'il est difficile d'ouvrir ses pensées sur d'autres sujets, « déjà beaucoup de choses dans la tête qui prend beaucoup de place ». Ensuite, elle a défini la participation occupationnelle des demandeurs d'asile à travers le MOH, modèle qu'elle utilise régulièrement dans sa pratique. Elle verbalise qu'elle est principalement limitée par les environnements les entourant, leurs compétences, les changements d'habitation et leurs capacités de performance. Face à cette problématique, elle évoque l'importance de mettre en place des activités significatives qu'elle assimile principalement aux activités de loisirs puisqu'ils « ne se l'autorisent pas forcément naturellement ». Elle verbalise que ce type d'activités « est intéressant dans une démarche de remobilisation » permettant d'apporter de nouvelles pensées significatives ainsi qu'un « plaisir, un sens, un rôle, une utilité, un petit peu de responsabilité ». De plus, elle utilise l'approche en santé communautaire via des activités collectives permettant de limiter les difficultés relevées à l'aide du MOH. Elle déclare que cette approche, par le biais des interactions avec autrui, parfois partageant une situation de vie commune, est bénéfique pour faciliter la participation occupationnelle.

La troisième personne interrogée, nommée E3 a débuté, en tant qu'ergothérapeute, en 2012 auprès d'une population pédiatrique. Puis, elle a travaillé au sein d'une UMAPP auprès de personnes migrantes, dont des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT. Actuellement, elle exerce à l'étranger de nouveau en pédiatrie. D'après E3, la plupart des personnes demandeuses d'asile sont affectées d'un TSPT, ainsi elle a relevé les principales répercussions de la

pathologie chez cette population comme les « pertes d'estime de soi, une perte aussi de repères », la « dévalorisation » et la « perte de sens ». En effet, elle déclare que le parcours migratoire ainsi que l'accueil et démarches administratives en France sont majoritairement traumatisants pour eux. Ainsi, elle a observé que les demandeurs d'asile, à leur arrivée en France, étaient « à la fois soulagés mais à la fois complètement perdus ». Tout au long de la demande d'asile, elle a remarqué qu'ils ressentaient un stress quotidien. De ce fait, elle estime que l'inclusion est difficile, « c'est pas du tout évident de s'intégrer pour trouver sa place et de trouver du bien-être ». Elle verbalise également que la participation occupationnelle est un concept variable et qu'elle est « assez faible » concernant ces personnes. En effet, elle exprime que les conditions environnementales actuelles (politique, organismes ...) ne suffisent pas pour permettre une participation occupationnelle optimale. Aussi, la réalisation d'activités significatives est très limitée, « ça va être des occupations qui vont plutôt faire sens dans la société pour pouvoir répondre aux besoins de survie et s'intégrer dans cette nouvelle culture ». Lors de ses accompagnements, elle met en lumière l'importance d'une alliance thérapeutique afin d'y instaurer une confiance, une sécurité, de la valorisation. Elle assimile la notion d'engagement occupationnel à la participation occupationnelle, ainsi pour les favoriser elle s'appuie sur les activités significatives, « va aller chercher qu'est-ce qui fait sens pour elle, en tant qu'individu » avec l'aide d'associations en cas de besoin. Cependant, elle exprime qu'ils ont des difficultés à énumérer leurs intérêts c'est pourquoi elle utilise la liste des intérêts, un outil du MOH. La majorité des activités sont collectives, à l'exception des personnes angoissées par celles-ci du fait de leurs traumatismes. Elle verbalise que le groupe crée une dynamique, par conséquent des interactions entre personnes ayant un vécu similaire, où elles « peuvent s'identifier, les uns aux autres ». De plus, elle déclare qu'il permet de lutter contre l'isolement social, ainsi de créer de nouvelles relations perdurant à l'extérieur du contexte de prise en soin. L'objectif de E3 est « qu'elles arrivent à trouver leur place sans avoir besoin d'ergo ». Dans sa pratique professionnelle, la co-construction de l'accompagnement est primordiale.

3. Analyse horizontale

3. 1. Les répercussions du trouble de stress post-traumatique chez les demandeurs d'asile

E1, E2 et E3 sont en accord pour déclarer que la majorité des demandeurs d'asile rencontrés ont un parcours de vie traumatisant, « les gens partent pour des raisons traumatiques,

leur parcours est traumatique, et ils arrivent en France, ils sont toujours dans des conditions traumatisantes » (E2, 2023), ainsi « c'est une cumulation de traumatismes pour eux » (E1, 2023). E1 et E3 ajoutent que l'attente de demande d'asile génère un stress quotidien important à prendre en compte dans l'accompagnement, « être demandeur d'asile, c'est être dans une instabilité permanente » (E1, 2023) (Marianne & Aurore, 2020).

De ce fait, des répercussions telles que les troubles du sommeil, la fatigue, la désorganisation, l'ennui profond, la perte de sens, la perte d'estime de soi, la dévalorisation, la perte de repères ont été relevées par l'ensemble des trois ergothérapeutes, faisant référence aux critères du DSM-V (Crocq & Guelfi, 2015). Elles complètent en disant que ces personnes sont isolées socialement, « c'est pas du tout évident de s'intégrer pour trouver sa place et de trouver du bien-être » (E3, 2023) (Huot, 2017). E1 et E2 ajoutent que cette population est peu active dans leur vie quotidienne, en effet ils « ne vont pas trop investir des trucs » (E1, 2023) (Inserm, 2020). De plus, elles remarquent qu'elle présente également des difficultés à se mobiliser, en effet il est « difficile [...] que les gens passent, se lèvent, se préparent et viennent » (E2, 2023). E3 a généralisé en expliquant que ces personnes sont dans un « cercle vicieux » (E3, 2023).

L'ensemble des répercussions énoncées par les ergothérapeutes, les ont amenés à s'interroger sur la participation occupationnelle limitée des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT.

3. 2. La participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique, expliquée selon le MOH

Dans le but de comprendre la participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT, les données empiriques des trois ergothérapeutes seront explicitées selon le MOH. Pour rappel, il permet d'appréhender les forces et les difficultés concernant la participation aux différentes occupations de vie des personnes dans ses activités de vie quotidienne (Morel-Bracq, 2017).

Concernant la volition, E1 pense qu'ils « ne vont juste pas aller vers ça » (E1, 2023) puisqu'ils ont d'autres priorités, notamment en rapport avec les nombreuses démarches administratives et la satisfaction des « besoins de survie » (E3, 2023) (Canadian Population Health Initiative, 2008). E1 et E3 ajoutent que ces individus éprouvent des difficultés à

connaître leurs intérêts. Par ailleurs, E2 met en évidence que la volition est en étroite relation avec la culture, ainsi une limite dans un pays d'accueil ayant une culture différente.

A propos de l'habitation, E2 met l'accent sur la démission de certains rôles comme celui de demandeur d'asile, de parents... De plus, elles ajoutent que les habitudes de vie sont limitées, ils n'ont « plus tellement de routines » (E2, 2023) montrant un déséquilibre dans leur vie quotidienne. Plus spécifiquement, E2 et E3 pensent que leur routine temporelle est affectée, le « rapport au temps, il n'est pas pareil que pour des occidentaux entre guillemets » (E2, 2023), ce propos est expliqué par la différence de culture.

Au sujet des capacités de performance, elles sont principalement limitées par les répercussions psychiques de la pathologie énoncées précédemment.

Au regard des habiletés, E2 et E3 relèvent un obstacle important à la participation occupationnelle, la compréhension et la communication de la langue française. De ce fait, E3 ajoute que l'apprentissage est difficile, « quand on est complètement envahi par un tas d'angoisses, c'est impossible d'apprendre » (E3, 2023).

A propos des différents environnements dans lesquels ils participent, les trois ergothérapeutes mettent en évidence qu'ils sont plutôt limitants. Elles déclarent que le système politique, le gouvernement, les différents organismes publiques sont « problématiques » (E3, 2023). E1 pense que les propositions d'occupations par l'environnement n'existent pas, elle le justifie en disant « qu'on part du principe que ce n'est pas leur priorité » (E1, 2023). Ainsi, E3 complète en déclarant que les représentations sociales des communautés de chaque ville et des professionnels rencontrés par les demandeurs d'asile, influencent également leur participation occupationnelle. Dans certains cas, elles expriment qu'ils font face à des injustices (Huot, 2017). E2 et E3 évoquent que l'absence d'hébergement fixe chez cette population favorise l'insécurité. De plus, E1 et E2 relèvent que leurs ressources financières par l'ADA sont minimales, limitant la participation.

A l'aide du MOH, les trois ergothérapeutes ont mis en évidence que la participation occupationnelle des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique est limitée (Winlaw, 2017). Cependant, E1 ajoute que c'est un processus variable dans le temps et dynamique (Morel-Bracq, 2017). E3 met une nuance en disant que « c'est très difficile de permettre à ces gens d'accéder à une participation optimale » (E3, 2023), principalement expliqué par les injustices occupationnelles. De plus, elle a constaté qu'ils ont peu d'occupations signifiantes mais plutôt « des occupations qui vont faire plutôt sens dans la société » (E3, 2023), ce propos est partagé par E1 et E2.

3. 3. L'engagement occupationnel dans une prise en soin en ergothérapie

E1, E2 et E3 associent la participation occupationnelle à la notion d'engagement occupationnel au sein d'un contexte socio-culturel, « je le rapporte à la participation » (E3, 2023). Ainsi, elles estiment que ces concepts sont en étroite relation. Elles ont défini l'engagement occupationnel par son aspect « subjectif » (E1, 2023), le fait d'aller « vers le divertissement de l'épanouissement, du loisir » (E1, 2023), par le « plaisir » (E2, 2023). Elles mettent en lumière qu'il s'agit d'un investissement à plusieurs niveaux : temporel, économique et énergétique. De plus, E3 déclare que c'est un processus long et complexe pour cette population (Meyer, 2010).

Par conséquent, E2 pense que l'engagement occupationnel est « un privilège » (E2, 2023) puisqu'elle sous-entend que l'engagement dans une activité doit être maintenue dans le temps et requiert un investissement financier. Ainsi, elle exprime que « ce n'est parfois pas un privilège que peuvent s'offrir les demandeurs d'asile » (E2, 2023). Cette vision est également partagée par E3. Ainsi, elles considèrent que l'engagement occupationnel est au jour le jour du fait de leur situation de vie instable, « il ne faut pas considérer que c'est un truc qui doit se maintenir » (E1, 2023).

Dans le but d'engager les demandeurs d'asile dans des occupations de vie et favoriser leur participation occupationnelle, l'accompagnement dans un premier temps est basé sur la création d'une alliance thérapeutique, selon E1 et E3. Puis, les trois ergothérapeutes expriment qu'elles ont un rôle d'orientation afin de respecter et répondre aux difficultés prioritaires rencontrées. Dans un deuxième temps, elles construisent un processus d'intervention en ergothérapie en s'intéressant à la personne en tant que telle, « au cœur de la personne » (E3, 2023). Par conséquent, elles vont s'appuyer sur les activités significatives, aller « vers les choses qui ont du sens pour eux » (E1, 2023). De plus, elles font référence principalement à la mise en place ou propositions d'activités collectives.

3. 4. L'intérêt des activités significatives dans une prise en soin en ergothérapie

Les trois ergothérapeutes ont une pratique commune en s'appuyant et proposant des activités significatives dans leur prise en soin auprès de demandeurs d'asile atteints d'un TSPT. Pour rappel, l'activité significative est une activité qui a du sens pour la personne qui la réalise (Meyer, 2010).

L'intérêt de l'activité signifiante est de leur offrir une possibilité d'investissement dans le but de penser à d'autres occupations, « d'avoir autre chose à penser que son histoire traumatique » (E2, 2023), mais également « d'expérimenter l'ennui, ça vient un petit peu redonner du sens, de la projection » (E2, 2023). E1 ajoute qu'elles favorisent la prise de conscience de leur singularité en tant que « personnes à part entière [...] qu'elles ont le droit de faire des choses qui leur plaisent et de dire non à des choses qui ne leur plaisent pas, ils ne le savent pas tous » (E1, 2023). E2 met en évidence qu'elles renforcent ou apportent de nouvelles compétences, c'est « une source de plaisir, un sens, un rôle, une utilité, un petit peu de responsabilités [...] un peu de sérénité » (E2, 2023) et « intéressant dans une démarche de remobilisation » (E2, 2023). E3 complète en disant que les acquis sont transférés dans leur quotidien, « réappliquer ça au contexte dans lequel elle vit actuellement » (E3, 2023) (Sohier & Bellagamba, 2018). Ainsi, en tant qu'ergothérapeutes, elles collaborent principalement avec des associations afin que des personnes extérieures à la structure contribuent à l'engagement occupationnel. E1 a remarqué que certaines personnes étant dans une instabilité significative, l'instauration d'une activité signifiante est un objectif difficilement atteignable, « mais au moins tu auras passé le message » (E1, 2023).

Les propos de E2 complètent cette thématique en déclarant que les demandeurs d'asile atteints d'un TSPT ne s'autorisent pas ces activités, ils peuvent ressentir une « culpabilité d'avoir du plaisir » (E2, 2023).

3. 5. L'intérêt du groupe dans une prise en soin en ergothérapie

Les trois ergothérapeutes sont en accord pour mettre en évidence l'importance d'une approche de santé communautaire dans leur prise en soin auprès des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT en proposant des activités collectives (Guichard et al., 2016) et (Lorand & Morel-Bracq, 2020).

L'intérêt du groupe dans l'accompagnement en ergothérapie est multiple. E1, E2 et E3 déclarent qu'il permet de lutter contre l'isolement social, en développant « un sentiment de ne pas être seul » (E1, 2023) ainsi qu'un sentiment de bien-être, « le fait de sentir qu'il y a des interactions sociales, ça fait se sentir un petit peu mieux » (E3, 2023). De plus, E1 définit le groupe comme un espace pouvant être « réconfortant, rassurant, apaisant », « tranquillité » et « une zone de sécurité » (E1, 2023). Ainsi, au sein de celui-ci, les demandeurs d'asile vont

développer, selon les trois ergothérapeutes, un ou plusieurs rôles et une identité propre à eux-mêmes, favoriser leur confiance en soi ainsi que leurs habiletés, notamment de communication « plus d'interactions, c'est gagner en habiletés » (E2, 2023), « sociabilisation » (E2, 2023).

E3 différencie l'alliance thérapeutique construite avec la personne et le groupe. En effet, les trois ergothérapeutes disent que le communautaire apporte des éléments supplémentaires. Par une communication verbale ou non-verbale, les interactions entre pairs ayant des situations vie semblables sont facilitées, « il y a ce truc, on n'a pas besoin de se le dire les choses, on sait, dans le regard, dans la posture, dans les attentions, etc. » (E1, 2023) et « il y a plus de transparence » (E1, 2023). Ainsi, elles ont observé que la personne s'identifie et devient actrice en voyant « que d'autres osent faire, ça va les inviter à faire aussi » (E3, 2023) et en pouvant « s'identifier, les uns aux autres parfois ou pas » (E3, 2023). E2 remarque une évolution des personnes au sein du groupe tout au long d'une prise en soin, notamment en libérant leur parole. De plus, le groupe permet la création de nouvelles relations pouvant se transférer dans leur quotidien, « peut-être que les gens vont faire des choses ensemble à l'extérieur » (E3, 2023).

Ainsi, l'effet de groupe est assimilé par E1 comme « un cercle vertueux » (E1, 2023) amenant cette population à construire des nouveautés, à créer de nouveaux centres d'intérêts ou à réveiller des anciens, à rechercher et trouver un logement et un travail. De plus, E1 exprime qu'au début de l'accompagnement l'activité collective est parfois peu signifiante pour une ou plusieurs personnes y participant. Cependant, elle peut devenir une activité signifiante puisque « ce qu'on a fait à l'intérieur sont devenues signifiantes au fur et à mesure » (E1, 2023). En tant qu'ergothérapeute, E2 et E3 mettent l'accent sur le fait que la prise en soin est « personne-dépendante » (E3, 2023), ainsi il est nécessaire de proposer ou d'adapter les groupes en fonction des forces et des difficultés de la personne. De plus, l'objectif est le transfert des acquis dans le quotidien afin « qu'on ait plus besoin de moi et qu'elles arrivent à trouver leur place sans avoir besoin d'ergo » (E3, 2023).

Comme les activités signifiantes, « ils ne vont pas forcément le chercher » (E1, 2023). Ainsi, l'ergothérapeute doit être force de propositions, selon E1.

4. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

Tout au long de ce travail de recherche, nous avons cherché à répondre à la problématique de recherche suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il susciter l'engagement dans les activités de vie quotidienne des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique afin de promouvoir leur participation occupationnelle au sein du pays d'accueil ?

L'analyse des données empiriques recueillies de l'échantillon permet de tirer des conclusions concernant les hypothèses de recherche découlant de la problématique précédente. Avant de les valider ou de les réfuter, pour rappel, les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : Les activités significatives favorisent l'intérêt occupationnel des demandeurs d'asile atteints de trouble du stress post-traumatique afin de susciter l'engagement occupationnel.
- Hypothèse 2 : Le groupe permet le développement de l'environnement social des demandeurs d'asile atteints d'un trouble du stress post-traumatique afin de susciter l'engagement occupationnel.

4. 1. La première hypothèse

Au regard de la première hypothèse, l'analyse des données met en lumière les bénéfices d'intégrer des activités significatives dans une prise en soin auprès des personnes demandeuses d'asile atteintes d'un trouble de stress post-traumatique. Elles permettent à la personne de s'investir dans une occupation significative pour elle, ainsi de favoriser la projection auprès d'individus ayant une situation de vie rythmée par l'attente d'une réponse. De plus, les ergothérapeutes établissent un partenariat avec les patients en coconstruisant l'accompagnement, par conséquent ils sont acteurs de leur prise en soin et dans l'obligation de réaliser des choix. Par ailleurs, elles contribuent à la valorisation de la personne en leur faisant prendre conscience que ce sont des personnes à part entière. En effet, les ergothérapeutes s'intéressent à la personne en tant que telle de manière holistique. L'investissement de la personne dans une activité significative favorise la mise en action, ainsi la démarche de

remobilisation. Par ce moyen thérapeutique, l'objectif des ergothérapeutes est de transférer les acquis dans leur vie quotidienne.

Nous validons l'hypothèse 1, les ergothérapeutes en suscitant l'intérêt et le sens donné aux occupations par le biais d'activités significatives favorise l'engagement occupationnel. Elles contribuent à améliorer indirectement leur participation occupationnelle et leur santé mentale.

4. 2. La deuxième hypothèse

Au regard de la deuxième hypothèse, l'analyse des données met en évidence les bénéfices des activités collectives auprès des personnes demandeuses d'asile atteintes d'un trouble de stress post-traumatique. L'ensemble des ergothérapeutes s'appuient sur les principes de santé communautaire, utilisés dans leur prise en soin. En effet, le lien entre la limitation de participation occupationnelle et l'isolement social chez cette population est mis en lumière. Ainsi, la participation aux activités en groupe permet de lutter contre l'isolement social, de ne pas ressentir la solitude et de créer un espace sécurisant. De ce fait, au sein de cette communauté ayant des vécus similaires, la communication est facilitée entre pairs. Parfois, ces interactions amènent à la création de nouvelles relations permettant de développer leur environnement social. Ainsi, au sein d'un groupe, les personnes ressentent un bien-être en étroite relation avec la santé mentale. De plus, elles peuvent également transférer leurs acquis en habiletés, en gain de confiance en soi dans leurs activités de la vie quotidienne et se projeter en organisant des activités avec leurs pairs en dehors du contexte de la prise en soin. Par ailleurs, une activité collective proposée peut ne pas être significative pour certains patients, cependant, au fur et à mesure, elle peut le devenir grâce à la dynamique de groupe. Ainsi, elle est complémentaire avec l'activité significative (hypothèse 1).

Nous validons l'hypothèse 2, le groupe permet de s'engager dans une activité permettant le développement de l'environnement social et la lutte contre l'isolement social dans le but de favoriser indirectement leur participation occupationnelle.

Cependant, une nuance est apportée quant aux deux validations d'hypothèses. L'engagement occupationnel se définit temporellement comme un concept étant maintenu dans le temps. D'après l'échantillon interrogés, auprès des demandeurs d'asile le maintien de l'engagement occupationnel dans le temps est difficile s'expliquant par l'instabilité de leur situation, ainsi il peut être de quelques jours pour certaines personnes.

VI. Discussion

1. Nouveaux apports théoriques

1. 1. L'alliance thérapeutique

Dans le discours des trois ergothérapeutes, l'importance de l'alliance thérapeutique a été évoquée. N'ayant pas abordé cette notion dans le cadre conceptuel, il est pertinent d'en discuter pour cette recherche. En effet, la retranscription des entretiens a mis en lumière que l'alliance thérapeutique était une notion clé permettant aux personnes demandeuses d'asile atteintes d'un TSPT de rendre la prise en soin plus efficace.

De manière générale, l'alliance thérapeutique se traduit comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (Bioy & Bachelart, 2010). Dans le contexte d'une prise en soin en psychiatrie, la construction d'une forte alliance thérapeutique influence positivement les effets du processus d'intervention. En effet, elle permet l'augmentation de l'engagement du patient au cours de l'accompagnement et la solidification des bases avec lesquelles le thérapeute peut s'appuyer pour la suite du suivi. De plus, elle est une source d'espoir. Ainsi, elle est un « médiateur du changement » (Bioy & Bachelart, 2010), et par conséquent « l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique » (Bioy & Bachelart, 2010) dont les ergothérapeutes ont la possibilité d'exploiter dans leur pratique professionnelle. Les propos précédents sont en adéquation avec la pratique des ergothérapeutes portant de l'intérêt à « créer ton lien de confiance » (E1, 2023), à « créer un partenariat » (E3, 2023).

Ainsi, auprès de la population demandeuse d'asile atteinte d'un TSPT, la construction d'une alliance thérapeutique est spécifique. En effet, en tant qu'ergothérapeute, la nécessité de discuter des représentations culturelles et des théories étiologiques des troubles en collaboration avec le médecin est primordial afin de solidifier les bases de l'alliance thérapeutique. Ensuite, l'investissement partagé du thérapeute et du patient dans l'accompagnement renforce l'alliance thérapeutique, comme évoqué par E3 qui « coconstruit avec les personnes » (E3, 2023). Ainsi, lors de la rencontre, l'objectif du thérapeute est d'« entendre la complexité des patients et de leur imaginaire mental pour mieux les soigner » (Baubet, 2022) dans la perspective de les inclure dans le système de soin français. De ce fait, un espace est créé entre le thérapeute et le patient qualifié par les ergothérapeutes comme un espace de sécurité, de soutien, de confiance,

de valorisation, de singularité de chaque personne, etc. étant essentiel pour cette population au regard de leur vécu.

Par conséquent, l'instauration d'une alliance thérapeutique avec la personne demandeuse d'asile atteinte d'un TSPT est primordiale pour la suite de l'accompagnement. La personne obtient certaines prédispositions et compétences dans le but de s'engager dans ses occupations et de favoriser la participation occupationnelle.

1. 2. Le développement communautaire

Dans le discours des trois ergothérapeutes, le rôle d'orientation et de collaboration avec les autres professionnels et les organismes extérieurs à la structure au cours de la prise en soin a été mis en lumière. Ayant peu développé cette notion dans le cadre conceptuel, il est pertinent d'y revenir et de s'intéresser au développement communautaire auprès des personnes demandeuses d'asile atteintes d'un TSPT.

Pour rappel, une communauté est « vécue à travers une géographie, une parenté ou une culture partagée » (Banks & Head, 2004) et elle est basée « sur des liens communs d'expérience, de profession, de lieu de travail, d'école, de religion et de loisirs partagés » (Banks & Head, 2004).

Par ailleurs, le développement communautaire se définit comme une « consultation, délibération et action communautaires pour promouvoir la responsabilité individuelle, familiale et communautaire pour un développement, une santé et un bien-être autonomes » (Banks & Head, 2004). C'est un modèle visant « à faciliter le développement social et économique d'une communauté, basé sur l'analyse communautaire, l'utilisation des ressources locales et des programmes autonomes » (Banks & Head, 2004). Il prend en compte les composantes culturelles, sociales, institutionnelles et physiques, ainsi les ergothérapeutes en établissant un partenariat avec les organisations communautaires, elles les soutiennent. Par conséquent, le développement communautaire permet de promouvoir l'engagement occupationnel dans des occupations significatives et indirectement leur participation occupationnelle. En effet, les propos des ergothérapeutes tels que « on est professionnel de la collaboration, on connaît tous à peu près très bien les réseaux de soins, de médico-social, etc. » (E1, 2023), « en lien avec les assos locales pour plaider des partenariats en fonction de ce que les personnes par exemple

manifestaient comme intérêts » (E3, 2023) montrent qu'en pratique le développement communautaire est efficace, et se développe au fur et à mesure de la pratique professionnelle.

2. Biais et limites de la recherche

Néanmoins, au cours de ce travail d'initiation à la recherche, des biais et des limites ont été identifiés et sont exposés ci-dessous.

2. 1. Biais

Dans un premier temps, étant un travail d'initiation à la recherche, mener des entretiens semi-directifs avec les ergothérapeutes était une nouveauté. Ainsi, un manque de fluidité est observé lors des premiers entretiens. Également, un manque de questions de relance ou de questions intermédiaires entre chaque question inscrite dans le guide d'entretien oriente les données empiriques transmises des ergothérapeutes. En effet, l'ouverture sur d'éventuels sujets en lien avec la problématique sont évoqués mais peu approfondis.

Dans un deuxième temps, lors des entretiens, les termes principaux du sujet étudiés tels que la participation occupationnelle et l'engagement occupationnel ont été définis dans le but d'être sur la même longueur d'onde. Cependant, nous ne pouvons assurer que les ergothérapeutes aient interprété d'une manière différente les questions posées ainsi que les termes utilisés dans la recherche.

Dans un troisième temps, afin de répondre à la Loi Jardé nous n'avons pu échanger avec les personnes demandeuses d'asile atteintes d'un trouble de stress post-traumatique ayant bénéficié d'un accompagnement en ergothérapie. Néanmoins, dans le cadre de cette recherche, il serait pertinent de recueillir leurs avis et leurs ressentis quant à leur participation occupationnelle. Grâce à leur expérience professionnelle, les ergothérapeutes interrogées ont été l'intermédiaire entre les ressentis vécus par le patient et la perception de ces derniers par les ergothérapeutes. Néanmoins, à certains moments, les enquêtés étaient dans l'incapacité de répondre en ne voulant pas se prononcer à leur place.

2. 2. Limites

Premièrement, l'échantillonnage créé dans cette recherche est composé d'un faible nombre d'ergothérapeutes interrogées. Ainsi, les données empiriques recueillies et les résultats obtenus ne sont pas représentatifs, par conséquent la généralisation des pratiques étudiées est impossible. Cette limite s'explique principalement par la faible temporalité dédiée à la réalisation de ce travail. Par ailleurs, la disponibilité des ergothérapeutes réduit significativement le nombre de personnes à enquêter. En effet, en répondant à leurs obligations professionnelles, les mails et les messages par le biais des réseaux sociaux envoyés ont été laissés sans réponse. Par ailleurs, cette recherche s'intéresse aux ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé dans les milieux communautaires. Aujourd'hui, cette pratique est en cours de développement en France. Ainsi, les structures composées d'ergothérapeutes accueillant les demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique sont limitées réduisant également significativement le nombre de personnes à interroger.

Deuxièmement, deux entretiens ont été effectués par appel téléphonique. Ce moyen de communication ne permet pas un retour visuel, par conséquent nous sommes privés du langage non-verbal des personnes interrogées. Or, ces comportements sont parfois des indicateurs pouvant appuyer certains propos ou certaines interrogations dans le but d'adapter notre posture au mieux lors de l'entretien et d'analyser avec finesse les propos des enquêtés.

3. Perspectives

En se projetant davantage sur la pratique professionnelle en ergothérapie, les résultats obtenus ouvrent sur de nouvelles réflexions intéressantes à détailler ci-dessous.

D'une part, l'ergothérapie communautaire étant un champ d'intervention en cours de développement, des limites et des interrogations gravitent autour de cette pratique professionnelle. Afin de promouvoir ses intérêts et ses bénéfices, serait-il intéressant d'aborder cette pratique auprès des étudiants lors de leurs études ? Cette action permettrait-elle d'augmenter la réalisation de stages dans ce secteur pour les étudiants intéressés et de parler de cette pratique à leur entourage professionnel et personnel ?

Par ailleurs, en tant qu'ergothérapeute exerçant dans le communautaire, les démarches présentant la profession sont nécessaires. L'objectif est d'aller vers les autres professionnels et les personnes demandeuses d'asile. Serait-il pertinent de mener des démarches de présentation

attractive du rôle de l'ergothérapeute exerçant dans le champ communautaire auprès des différents organismes comme les associations ? Ainsi, la profession serait davantage connue dans le but qu'ils orientent les personnes demandeuses d'asile en difficulté, en cas de besoin.

Nous avons également pu relever que de nombreuses représentations sociales des populations migrantes existent. Les réflexions précédentes seraient-elles des moyens de déconstruire certaines représentations sociales auprès des étudiants ou des autres professionnels ?

D'une autre part, cette recherche montre l'importance du communautaire au sein d'une prise en soin en ergothérapie étant nécessaire pour atteindre les objectifs fixés. Néanmoins, l'ergothérapie est une profession ayant une approche plutôt individualiste, autrement dit, centrée sur le patient. Quelles sont les bénéfices et les limites de l'approche individualiste ? Quelles sont les bénéfices et les limites de l'approche communautaire ? En ergothérapie communautaire, comment pouvons-nous appréhender ces deux approches auprès des personnes demandeuses d'asile atteintes d'un TSPT ?

Pour terminer, l'alliance thérapeutique est une notion clé influençant la suite de la prise en soin des patients. Cependant, la relation soignant-soigné présente des limites, notamment au regard des différences de culture vis-à-vis du système de soins ou du manque d'intérêt de se faire soigner. Existence-t-ils des ressources sur lesquelles les ergothérapeutes peuvent s'appuyer afin d'accompagner au mieux tout en se préservant aussi ?

VII. Conclusion

Le parcours migratoire et les conditions de vie dans le pays d'accueil des personnes demandeuses d'asile affectent leur quotidien. En effet, la probabilité d'entraîner un trouble de stress post-traumatique (TSPT) est élevée. Ainsi, cette population fait face à une limitation de participation occupationnelle s'expliquant d'une part, par leur statut social et d'une autre part, par leur atteinte pathologique psychiatrique. Par conséquent, des difficultés dans les sphères sociale, personnelle et professionnelle sont importantes. A l'aide du modèle de l'occupation humaine, l'ergothérapeute a pour objectif de favoriser la participation occupationnelle étant la finalité de son accompagnement.

De ce fait, le but de cette recherche est d'identifier les pratiques en ergothérapie utilisées afin de susciter l'engagement occupationnel des demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique dans les activités de vie quotidienne dans le but de promouvoir leur participation occupationnelle. Pour y répondre, une méthode qualitative s'inscrivant dans une approche hypothético-déductive a été réalisée. Ainsi, nous allons chercher à valider ou à réfuter si les ergothérapeutes s'appuient sur les activités signifiantes pour développer leurs intérêts et ajouter du sens à leurs occupations mais également si les activités collectives permettent de développer l'environnement social, dans le but de susciter l'engagement occupationnel. A travers les entretiens semi-directifs menés auprès d'ergothérapeutes, le lien entre le manque d'engagement occupationnel et la population étudiée est mis en lumière, et a permis de valider les hypothèses émises. Toutefois, une nuance est apportée concernant l'engagement occupationnel de ces personnes présentant une importante instabilité, il est considéré comme un processus temporaire.

Par ailleurs, ce travail de recherche a permis de mettre en évidence des éléments complémentaires suscitant l'engagement occupationnel de cette population. En effet, la construction d'une alliance thérapeutique permet de favoriser l'adhésion aux soins ainsi que l'engagement occupationnel de la personne dans une ou plusieurs occupations. De surcroît, le partenariat avec les différents organismes extérieurs est essentiel pour favoriser le transfert des acquis et permet de soutenir le développement communautaire.

Afin de compléter la prise en soin, nous pouvons nous questionner concernant l'intégration d'un acteur supplémentaire dans un groupe et pouvant être porteur d'espoir. Ainsi, en quoi la collaboration entre un pair aidant et un ergothérapeute peut-elle susciter l'engagement occupationnel des demandeurs d'asile atteints du TSPT au sein d'une activité communautaire ?

VIII. Bibliographie

- Aktouf, O. (1987). Méthodologie des sciences sociales et approches qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique.
- ANFE. (2022). Qu'est ce que l'ergothérapie. ANFE.
https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). Introduction à la recherche qualitative. 19(84).
- Banks, S., & Head, B. (2004). Partnering occupational therapy and community development/ Etablir un partenariat entre l'ergothérapie et le développement communautaire. Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(1), 5+. Gale Academic OneFile.
- Baubet, T. (2022). Les troubles mentaux des étrangers en quête d'asile : L'état des savoirs: Plein droit, n° 131(4), 11-14. <https://doi.org/10.3917/pld.131.0013>
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy, 49(4), 317-326.
- Bouquet, B. (2015). L'inclusion : Approche socio-sémantique. Vie sociale, 11(3), 15. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>
- Bourdillon, F., Brücker, G., & Tabuteau, D. (2016). Traité de santé publique (3e éd, Vol. 1). Lavoisier-Médecine sciences.
- Brito, O., & Pesce, S. (2015). De la recherche qualitative à la recherche sensible. Spécificités, 8(2), 1. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0001>
- Canadian Population Health Initiative. (2008). Mentally healthy communities : A collection of papers. Canadian Institute for Health Information.
- Carrier, A., & Raymond, M.-H. (2017). L'ergothérapie communautaire au Canada : Une pratique diversifiée en pleine évolution. 19(4), 3-4.

- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens: In Les méthodes de recherche du DBA (p. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Claude, G. (2020, janvier 27). La pyramide de Maslow. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/>
- Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. 79, 3-8.
- Code de la santé publique. (2021, avril 26). Titre III : Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien (Articles L4331-1 à L4334-2). Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155068/#LEGISCTA000006155068
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd). Elsevier Masson.
- Dickson-Swif, V., Hocking, C., Hyett, N., Kenny, A., McKinstry, C., & Whiteford, G. (2019). Ergothérapie et Pratique Communautaire. [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Occupational-Therapy-and-Community-Centred-Practice-French%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/Occupational-Therapy-and-Community-Centred-Practice-French%20(1).pdf)
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. Santé mentale au Québec, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Durkheim, E. (1894). Qu'est-ce qu'un fait social ? Les règles de la méthode sociologique, 1.
- Grossmann, F. (2017). Objectivité scientifique et positionnement d'auteur. In A. Aleksandrova & C. Schnedecker (Éds.), Le doctorat en France : Mode(s) d'emploi (p. 97-112).
- Guibert Lafaye, C. (2007). Bien-être. In M. Marzano, Dictionnaire du corps (PUF, p. 127-131).

- Guichard, A., Desgroseillers, V., Vonarx, N., & Fassin, D. (2016). La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis (Vol. 1). PUL, Presses de l'Université Laval diffusion Chronique sociale.
- Hammell, K. R. W., & Beagan, B. (2017). Occupational injustice : A critique: L'injustice occupationnelle : une critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 58-68. <https://doi.org/10.1177/0008417416638858>
- Hammell, K. W. (2017). Précis – Discours commémoratif Muriel Driver 2017 Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417417753374>
- Huot, S. (2017). Des politiques engendrant la précarité : L'injustice occupationnelle envers les migrants forcés au Canada. *ACTUALITÉS ERGOTHÉRAPIQUES*, 18(1), 23-24.
- IFOP. (2022, novembre 17). Le regard des Français sur l'immigration. IFOP. <https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-limmigration-2/>
- Insee. (2022, juillet 7). Population immigrée et étrangère en France. Insee. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757#tableau-figure1_radio1
- Inserm. (2020, novembre 23). Troubles du stress post-traumatique : Quand un souvenir stressant altère les mécanismes de mémorisation. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
- IOM. (2021). Termes clés de la migration. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Kobelinsky, C. (2012). Des corps en attente. *Le Quotidien des demandeurs d'asile: Corps*, N° 10(1), 183-192. <https://doi.org/10.3917/corp1.010.0183>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances: Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

- Le Chêne, V., & Plantard, P. (2014). Les perspectives d'e-Inclusion dans le secteur du handicap mental. *Terminal*, 115, 11-29. <https://doi.org/10.4000/terminal.419>
- Lièvre, P. (2016). Manuel d'initiation à la recherche en travail social : Construire un mémoire professionnel (3e éd, Vol. 5). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Lorand, A.-G., & Morel-Bracq, M.-C. (2020). Editorial ergOTHérapies 79 : L'ergothérapie sociale et communautaire. *79*, 1-2.
- Marianne, K., & Aurore, S.-S. (2020). *Psychotraumatologie* (Vol. 17). Dunod.
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : Quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives*, 5, 70-81.
- Mazur, V. M.-L., Chahraoui, K., & Bissler, L. (2015). Psychopathologies des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif. *L'Encéphale*, 41(3), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.11.001>
- Meyer, S. (2010). Démarches et raisonnements en ergothérapie (2e éd). Haute Ecole de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2013). De l'activité à la participation. De Boeck-Solal.
- Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes de la diversité et de l'égalité des chances. (2023, janvier 27). Présentation et définitions du racisme et de l'antisémitisme [Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes de la diversité et de l'égalité des chances]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/presentation-et-definitions-du-racisme-et-de-lantisemitisme>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>

- Ministère de l'Intérieur. (2021). Droits du demandeur d'asile : Soins, logement, aide financière... demarches.interieur.gouv.fr. <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux (2e éd). Deboeck supérieur.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110. <https://doi.org/10.7202/1085400ar>
- OFPRA. (2023). Demander l'asile. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. <https://www.ofpra.gouv.fr/demander-lasile>
- OMS. (2021, octobre 8). Santé mentale. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.
- RESSPIR. (2019). Interculturalité ? *Resspir*. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/PDF-culture-Serena.pdf
- Roptin, J. (2011). Pour une politique de santé mentale pour les demandeurs d'asile et exilés: *L'Autre*, Volume 12(3), 352-357. <https://doi.org/10.3917/lautr.036.0352>
- Sohier, A., & Bellagamba, D. (2018). Developing a descriptive framework for “occupational engagement”. Un article paru en 2017, rédigé par Karen Morris et Diane L. Cox [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V4N2.109>
- Université Laval. (2021). Modèle de l'occupation humaine. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Winlaw, K. (2017). Établir des liens : Les raisons pour lesquelles les demandeurs d'asile et les réfugiés ont besoin de services d'ergothérapie. 19(4), 18-19.

IX. Annexes

Sommaire des annexes

Annexe 1 : La pyramide de Maslow	I
Annexe 2 : La différence entre l'intégration et l'inclusion	II
Annexe 3 : La culture, la multiculturalité et l'interculturalité.....	III
Annexe 4 : Le guide d'entretien	IV
Annexe 5 : La grille d'analyse	VIII

Annexe 1 : La pyramide de Maslow



Tiré de : Gaspard Claude, 2020

(Claude, 2020)

Annexe 2 : La différence entre l'intégration et l'inclusion



Tiré de : Le Chêne Véronique et Plantard Pascal, 2014
(Le Chêne & Plantard, 2014)

Annexe 3 : La culture, la multiculturalité et l'interculturalité



Tiré de : RESSPIR, 2019
(RESSPIR, 2019)

Annexe 4 : Le guide d'entretien

Thématiques	Questions	Critères	Indicateurs
Les données socio-démographiques de l'échantillon : ergothérapeute D.E. travaillant ou ayant travaillé auprès des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT ET connaissant et/ou utilisant le MOH	Pouvez-vous vous présenter brièvement ?	Caractéristiques de la personne	Age, année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute
	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?	Parcours professionnel	Structure de travail, domaines et publics rencontrés, durée de l'expérience professionnelle
Le public cible : demandeurs d'asile atteints d'un TSPT	Qu'observez-vous comme répercussions dans l'ensemble des sphères d'une personne ayant le statut de demandeurs d'asile ?	Répercussions de l'attribution du statut de demandeurs d'asile	Santé et/ou santé mentale altérée (PTSD), limitation de participation occupationnelle, injustice occupationnelle, exclusion sociale
	Qu'observez-vous comme répercussions dans l'ensemble des sphères des demandeurs d'asile atteints d'un PTSD ?	Répercussions du PTSD	Critères du DSM-V (perte d'intérêt, trouble du sommeil, limitation de participation, reviviscence...)

La participation occupationnelle, selon le MOH	Comment définissez-vous la participation occupationnelle ?	Définition de la participation occupationnelle	Points importants de cette définition : « L'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social. Elle ne correspond pas seulement à la performance occupationnelle ; elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale » (Parkinson et al., 2017)
	Sur quelles composantes (MOH si utilisation dans la pratique professionnelle) vous vous appuyez afin de faciliter la participation occupationnelle ?	Facteurs influençant la participation occupationnelle	Engagement occupationnel, volition, habitude, capacité de performance, environnements, performance occupationnelle, habiletés
L'engagement occupationnel	Comment définissez-vous l'engagement occupationnel ?	Définition de l'engagement occupationnel	Points importants de cette définition : « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation

			d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2010)
	<p>Dans votre pratique professionnelle, que faites-vous pour susciter leur engagement occupationnel ?</p> <p><i>Question optionnelle : Dans votre pratique professionnelle, que mettez-vous en place pour susciter leur engagement occupationnel ?</i></p>	Moyens thérapeutiques utilisés	<p>Activités significantes, activités significatives, activités collectives, découverte de nouvelles occupations ou centres d'intérêt</p>
Les activités significantes (hypothèse 1)	Comment définissez-vous une activité significative ?	Définition de l'activité significative	<p>Points importants de cette définition : L'activité significative est une activité qui a du sens pour la personne qui la réalise (Meyer, 2010)</p>
	Qu'apporte la mise en place d'activités significantes dans ces accompagnements ?	Conséquences de la mise en place d'activités significantes	<p>Amélioration de la participation occupationnelle, amélioration de la santé mentale, favorise l'inclusion sociale</p>

Les activités collectives (hypothèse 2)	Qu'apporte la mise en place d'activités collectives dans ces accompagnements ?	Conséquences de la mise en place d'activités collectives	Développement de l'environnement social, amélioration de la participation occupationnelle, amélioration de la santé mentale, favorise l'inclusion sociale
	Sachant que les activités collectives mises en place ne sont pas systématiquement des activités signifiantes pour les personnes, qu'apporte le groupe aux demandeurs d'asile atteints de PTSD dans le but de favoriser leur engagement occupationnel ?	Rôle du groupe	Lutte contre les répercussions de l'injustice occupationnelle et de l'exclusion sociale (isolement social, inadaptabilité du soutien social, difficultés linguistiques, manque de connaissances sur l'environnement), partage d'expérience, formation d'une communauté, échange de culture

Annexe 5 : La grille d'analyse

Thématiques	Indicateurs	Entretien E1	Entretien E2	Entretien E3
<p>Les données socio-démographiques de l'échantillon : ergothérapeute D.E. travaillant ou ayant travaillé auprès des demandeurs d'asile atteints d'un TSPT ET connaissant et/ou utilisant le MOH</p>	<p>Age, année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute</p> <p>Structure de travail, domaines et publics rencontrés, durée de l'expérience professionnelle</p>	<p>« J'ai été diplômée en ergo en 2020. Pendant mes études, j'ai pris un peu des directions tournées vers l'ergothérapie sociale et communautaire à partir de la 2^{ème} année. » « Un stage en psychiatrie en tout particulier, qui m'a fait connaître la psychiatrie, puis après l'angle de vue de la précarité » « Ce domaine-là m'a intéressé et donc j'ai fait un stage à PRACTS » « J'ai participé à toute la mise en place, un peu du partenariat avec l'ethnopsychiatrie, avec le service tout simplement qu'il y a dans l'hôpital, qui abrite PRACTS » « La majorité de mon</p>	<p>« Je suis diplômée depuis 2017, je me suis intéressé depuis mon diplôme d'ergo à tout ce qui était justice occupationnelle, ergothérapie sociale, communautaire, de transformation sociale en général et du coup, comme j'ai voulu exercer dans ce champ-là, que ça n'existait pas en France, je me suis dit que j'allais monter mes propres projets » « Pour ça j'ai fait un master de santé publique pour développer mes compétences en santé communautaire, gestion de projet etc. » « Finalement, je me retrouve à faire de la recherche en doctorat » Elle travaille dans un lieu d'hébergement « où j'étudie les capacités, des</p>	<p>« J'ai commencé en 2012, 2 ans en pédiatrie » « J'ai travaillé à l'IFE pendant bien 2 ans et demi » « J'ai travaillé à l'UMAPP et à l'hôpital de jour qui dépend de l'hôpital psychiatrique » « C'était en 2018, 2020, ensuite je suis repartie et là, maintenant, je travaille dans une ONG et c'est principalement pédiatrique », en Côte d'Ivoire</p>

		<p>expérience avec les demandeurs d'asile, c'était à cette période-là » « J'ai fait un master en santé publique, promotion et prévention en santé parce que je trouvais qui me manquait trop de connaissances pour pouvoir faire de l'ergothérapie sociale communautaire » « Je me sentais complètement incapable de gérer certaines connaissances autour du droit de la sociologie aussi de l'histoire, etc. » « Ça m'a donné l'occasion de travailler dans une équipe mobile psychiatrique précarité » « Après de travailler dans une association de santé communautaire de lutte contre le VIH pour le master 2 » Actuellement, elle travaille pour une</p>	<p>personnes qui sont hébergées » « Depuis mon diplôme d'ergo en fait j'ai monté un petit atelier de santé communautaire que j'avais appelé l'atelier projet et dans lequel j'appliquais juste les principes de santé communautaire avec des personnes » « Je l'ai testé par mon stage pré pro que j'avais continué en bénévolat avec des personnes sortant de prisons qui étaient en centres d'hébergement diffus. Ensuite, je l'ai fait pendant mon master stage de master + bénévolat avec des personnes qui étaient sans domicile, dans lequel j'ai rencontré pas mal de personnes exilées » « Je l'ai fait dans un centre de formation rétablissement avec des personnes qui sont</p>	
--	--	--	--	--

		association luttant contre le VIH « et du coup je suis médiatrice en santé communautaire »	concernées par les troubles de santé mentale » « J'ai rencontré des familles demandeuses d'asile » « Les personnes que j'avais rencontrées qui étaient exilés c'était plutôt des jeunes »	
Le public cible : demandeurs d'asile atteints d'un TSPT	Santé et/ou santé mentale altérée (PTSD), limitation de participation occupationnelle, injustice occupationnelle, exclusion sociale Critères du DSM-V correspondant au PTSD (perte d'intérêt, trouble du sommeil, limitation de participation, reviviscence...)	« C'est un statut administratif qui rend la vie très, enfin le quotidien très incertain puisqu'à tout moment ça peut-être ciao. Et à tout moment, ça peut aussi être le début d'une toute autre vie avec le fait que la réponse est positive, ça y est, c'est bon on peut s'installer, on passe à autre chose etc. » « être demandeur d'asile, c'est être dans une instabilité permanente » « à partir de là, bah tu vis un peu au jour le jour » « Si t'es parti de ton pays, c'est pour une bonne raison » « Stress du	« J'étais avec des personnes sans domicile déjà donc un des critères principaux, c'était ça, le fait de pas avoir de chez-soi, d'être dans des centres d'hébergement d'urgence ou dans des CADA » « C'était que des gens qui étaient en centres d'hébergement d'urgence que j'ai connu » « La caractéristique principale qui distinguait peut-être aussi des autres personnes sans domicile, c'est l'ennui profond, la perte de sens » « il marchait toute la journée » Les demandeurs d'asile allait devant	« Il y en a pas mal quand même qui étaient atteints de stress post-traumatique » « Avec tout ce qui va avec, il y avait beaucoup de pertes d'estime de soi, une perte aussi de repères parce que t'arrives quand même dans un pays qui n'a rien à voir avec le tien. Après avoir fait un parcours épuisant, traumatisant » « parcours un petit peu, je ne sais pas si on peut dire moins difficile » entre ceux « Arrivés par avion » et ceux qui font un long trajet à pied « Après l'arrivée en Europe peut être aussi

		<p>quotidien mais aussi du coup des gens qui ne vont pas trop investir des trucs. Ils ne vont pas trop se faire de connaissances, ils ne vont pas trop commencer à travailler, bon certes au black » « le lendemain ils peuvent partir et ils ne vont pas trop s'attacher à la ville où ils sont et à l'appart où ils » « Ils sont en suspendus tout le temps, jusqu'à ce qu'ils aient eu une réponse » « Tu pars de ton pays, tu vis un trajet, une migration qui est vraiment parfois terrible et après tu arrives ici, tu crois que ça va s'arranger » « C'est que le début, c'est une cumulation de traumatisme pour eux, c'est terrible psychiquement après » « Le syndrome du stress</p>	<p>l'établissement administratif « s'asseyait devant et discutait avec d'autres personnes qui en attente de demande d'asile » « Les gens partent pour des raisons traumatiques, leur parcours est traumatique, et ils arrivent en France et ils sont toujours dans des conditions traumatisantes » « Ils dorment à 8 dans les dortoirs, ils sont mis dehors toute la journée, ils n'ont pas de ressources, alors les personnes demandeuses d'asile, elles avaient l'ADA quand même, mais c'est ridicule » « Le stress de que ça va être la réponse de la demande, plus toutes les démarches de l'ofii qui vont être de raconter sans trop raconter son trauma » « Elle a vécu des trucs</p>	<p>assez traumatisante » « L'accueil n'est pas forcément le meilleur » « Beaucoup de pertes de repères, de dévalorisation, de perte de sens » « des gens qui peuvent être à la fois soulagés mais à la fois complètement perdu » « en termes de routine, il n'y a rien qui ressemble, en termes de goût d'odeur, d'image, tout est très différent, donc c'est pas du tout évident de s'intégrer pour trouver sa place et de trouver du bien-être » « vulnérables » « Il y avait pas mal de gens qui étaient assez traumatisés, qui ne dorment plus, aussi beaucoup, qui ont des grosses difficultés à dormir, donc épuiser, dévaloriser perte de repères, angoisse » « démarche administrative, sociale, médicale » « le fait</p>
--	--	--	---	---

		<p>post-traumatique quand t'es demandeur d'asile, pour moi t'es même pas encore là-dedans, t'es encore dans le traumatisme en fait, tu vis le traumatisme encore tous les jours parce que t'as toujours pas de réponse et t'as toujours pas trouvé de solution » « Syndrome post-traumatique par rapport à des choses qui ont été vécues avant » « Il y a encore tellement d'autres choses traumatisantes qui sont en train de se passer » « Syndrome du stress-post traumatique quand les personnes auront retrouvé la stabilité, un environnement sain, un toit, un environnement social que ce soit familial ou amical » « Elles survivent tous les jours »</p>	<p>vraiment très violents, des viols devant ses enfants » « Quand elle arrive en France, du coup elle était un peu trimbalée de son hébergement au centre d'hébergement » « extrêmement fatiguée » « démissionnaire de sa parentalité » « Qu'ont plus de but parce que justement enfin ils n'ont pas fait tous ces efforts sans but » « difficile de se mobiliser » « Peur » (de vol, par exemple) « Je suis dans un flottement » « Difficile de juste mettre en marche la machine et de que les gens passent, se lèvent, se préparent et viennent. En fait au rendez-vous » difficultés d'organisation « Déjà beaucoup de choses dans la tête qui prend beaucoup de place »</p>	<p>de réussir à se loger, le fait de se régulariser, c'est possible aussi » « Trouver à manger, de quoi se laver, de trouver un petit peu d'argent, de s'occuper des enfants quand il y en a scolarisé » « démarches aussi d'essayer d'apprendre un peu le Français » « Il y a peu d'occupation » « ils ont une participation qui est assez faible » « t'as plus de rôle social, ton rôle familial est absent soit il est très compliqué et en termes de santé tu cumules ça avec le trauma [...] ça n'aide pas à aller de l'avant » « par rapport au trama quand tu sens hyper mal dans ton quotidien, c'est un peu le cercle vicieux » Stress de l'attente de réponse de la demande d'asile</p>
--	--	--	--	---

		<p>« Montant de l'allocation de demandeur d'asile par jour, c'est tellement bas »</p> <p>« Veulent juste rester en vie manger, boire, dormir et malgré elles, elles ne sont plus du tout dans le fait de prendre soin d'elle que ce soit physiquement [...] et psychiquement »</p> <p>« cauchemars la nuit »</p> <p>« Ils vivent dans des conditions de salubrité ou catastrophiques » « Ils sont vulnérables » « des personnes qui se sentent parfois terriblement seules » « Tout est tellement désorganisé »</p>		<p>« Ballotté entre les hébergements, foyers d'urgence etc. »</p>
<p>La participation occupationnelle, selon le MOH</p>	<p>Points importants de cette définition :</p> <p>« L'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein du contexte social. Elle ne correspond pas seulement à la performance</p>	<p>« C'est des personnes qui ne vont juste pas aller vers ça » « Tu vois, elles ne vont pas aller vers la recherche du divertissement de l'épanouissement, du loisir, etc. » « Par contre, si dans les dispositifs dont</p>	<p>« Il y a le rôle de parent »</p> <p>« Ils passaient leur journée comme ça a marché et s'asseoir devant l'Office donc pour des jeunes qui me racontaient que quand ils étaient au pays, ils avaient toute leur vie, enfin une vie plus ou</p>	<p>« Il faut répondre aux besoins de survie » et « répondre aux besoins des enfants » « Très peu d'occupations qui ont du sens pour la personne, ça va être des occupations qui vont plutôt faire sens dans la société pour pouvoir</p>

	<p>occupationnelle ; elle correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale » (Parkinson et al., 2017)</p> <p>Engagement occupationnel, volition, habitude, capacité de performance, environnements, performance occupationnelle, habiletés</p>	<p>elles sont déjà inscrites, il y a des propositions qui sont faites évidemment gratuite et ouverte à tous elles s'en saisissent » « Les personnes demandeuses d'asile, elles ne sont pas du tout à la recherche de ça parce qu'elles sont dans d'autres priorités. Mais les propositions qu'on leur fait, elles n'existent pas non plus parce qu'on part juste du principe que ce n'est pas leur priorité » « Tu réunis les conditions pour que ce soit facile de venir, mais ils viennent » « Je sais pas si on peut parler de restriction de participation » « C'est subjectif » « C'est très lié aux notions de sens et d'engagement » « Dans ces occupations, on a une participation qui est plus ou moins forte » « Je</p>	<p>moins équilibrée parce qu'en général, elles subissaient quand même, des injustices » « J'ai travaillé aussi avec le modèle de l'occupation humaine pour mon mémoire de master » « J'ai analysé la participation occupationnelle avec le MOH des personnes sans domicile dont les personnes qui étaient demandeuse d'asile » « Au niveau du profil occupationnel, je dirais que les routines d'utilisation du temps, elles sont contraintes par les organisations, les organismes » « En termes de volition, ils connaissent bien leurs centres d'intérêt et leur valeur » « Leurs compétences je dirais que plus ou moins » « Y a effectivement l'estime de soi dans la volition je sais</p>	<p>répondre à mes besoins de survie et m'intégrer dans cette nouvelle culture qu'est la culture d'accueil française, après c'est plus ou moins difficile selon le traumatisme » « apprendre le français quand on est complètement envahi par un tas d'angoisses, c'est impossible d'apprendre en fait » « C'est une participation qui ne peut pas se faire parce qu'il n'y a pas les conditions nécessaires pour qu'elles se fassent, en fait, c'est une question à la fois qui est égaux, qui est à la fois aussi très politique » « Freins et des obstacles qui sont liés à une gestion par exemple par la mairie, la métropole ou même plus haut, les gouvernements, ce qui est quand même très problématique chez nous » « C'est très difficile d'aller</p>
--	--	---	---	---

		<p>partirais plutôt du principe qu'ils vont participer, ils vont s'engager au jour le jour mais l'engagement, il ne faut pas considérer que c'est un truc qui doit se maintenir » « s'ils viennent, le lundi 3 fois sur un mois et après tu ne les vois plus. Il ne faudra pas penser qu'ils n'ont pas participé, si, ils ont participé et ne faudra pas penser qu'ils ne se sont pas engagés parce que l'engagement, c'est vraiment un privilège et dans une vie comme la leur ce n'est pas un privilège, ils peuvent s'offrir, malheureusement je pense » Participation occupationnelle, dans ce contexte, c'est une question politique</p>	<p>pas conscience de ses capacités » « Manque de confiance en soi » « Les personnes qui parlent moins bien français, au niveau de la communication, des interactions ce n'est pas toujours évident » « Au niveau des habitudes de vie, un truc qui changeait par rapport aux autres personnes sans domicile, c'était l'horaire » « faisait l'effort de venir » « Rapport au temps il n'était pas pareil que pour des Occidentaux, entre guillemets » Différence remarquée au niveau du rapport au temps entre une activité de loisir et de travail « La culture de chaque personne, ça va vraiment beaucoup influencer les occupations, la participation » « En bonne santé physique,</p>	<p>de de permettre à ces gens d'accéder à une participation optimale » « quand tu erres dans la rue quotidiennement [...] c'est épuisant et puis parfois tu peux en oublier ta notion du temps » « beaucoup de démarches aussi, qui sont assez traumatiques » « faire évaluer ses blessures, faire évaluer son trauma, ce qui est nécessaire pour la demande d'asile, c'est hyper traumatisant » « plus de difficulté d'accompagnement chez les personnes sans logement »</p> <p>« Valorisation, l'estime de soi, la réappropriation aussi de son corps » en lien avec les psychologues « exorciser ses démons » « intégration dans la communauté aussi » « liste des intérêts » « identité occupationnelle »</p>
--	--	---	---	---

			<p>dans le sens c'est des gens qui étaient capables d'aller travailler dans les chantiers » « Les capacités opératoires, etc. Elles pouvaient être un peu limitées je pense par la fatigue, la concentration et tout » En termes d'environnement, cela dépend de l'hébergement de la personne, de la sécurité de celui-ci, des personnes qui les entourent, des activités offertes par leur environnement, des représentations sociales de chaque ville et des professionnels rencontrés « Je pense que les exilés choisissent un peu leur destination en fonction d'où ils ont un peu une communauté » « Ça vient un peu supporter quand même leur participation »</p>	
--	--	--	---	--

			<p>« Les valeurs, les centres d'intérêt » « Volition » « Permettre aux personnes de répondre à leurs propres besoins, désirs, envie qui va varier en fonction de chaque groupe » « processus de demande d'asile, ça influence les occupations » « peut-être que dans la semaine » « Plus tellement de routine »</p>	
L'engagement occupationnel	<p>Points importants de cette définition : « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2010)</p> <p>Activités significantes, activités significatives, activités collectives,</p>	<p>« On est professionnel de la collaboration, on connaît tous à peu près très bien les réseaux de soins, de médico-social, etc. Il y a une grosse partie de l'orientation [...] parce que je fais respecter le fait que les personnes sont d'abord à la recherche de réponses et de solutions à des problèmes imminents pour après avoir l'esprit</p>	<p>« Des gens qui n'avaient pas tellement d'activité significantes » « Quasiment toujours sur des activités liées au plaisir » « Rarement des activités liées à des activités productives » « Echanges de connaissances » « Visite » proposition de formations notamment pour apprendre le français, « S'investir dans un projet, ça permet d'avoir autre</p>	<p>« En lien avec les assos locales pour plaider des partenariats en fonction de ce que les personnes par exemple manifestaient comme intérêts » « personnes victimes de traumas, souvent, on a un peu de mal à connaître les intérêts » « besoin d'être beaucoup soutenu » « au tout début, l'important c'est vraiment de créer la confiance, en fait, parce</p>

	<p>découverte de nouvelles occupations ou centres d'intérêt</p>	<p>disponible, à penser à leur épanouissement personnel » « Pouvoir s'engager dans une activité ou dans une action parce que ce n'est pas toujours des activités mais pouvoir s'engager quelque part, c'est quand même sacrément un privilège » « Ça veut dire que pour t'engager du coup et se dire que c'est quelque chose que tu vas maintenir dans lequel tu vas investir du temps peut-être même un peu d'argent parce que tout a un prix, tout le temps que tu vas accorder quelque part, bah c'est pas du temps où tu vas travailler ou alors tu vas être dehors, donc potentiellement tu vas dépenser un peu d'argent, etc. » « Ce n'est parfois pas un privilège que</p>	<p>chose à penser que mon histoire traumatique » « J'expérimente l'ennui, ça devient un petit peu redonner du sens, de la projection » Utilisation de moyens de compensation</p>	<p>que la personne, elle a vraiment besoin de se sentir en sécurité rien qu'avec toi » ne pas mettre « charrue avant les bœufs » « créer un partenariat » « Revaloriser les accompagner aussi dans le mieux dormir parce que les personnes sont crevées aussi en termes de développement, de participation, c'est quand même difficile, les accompagner dans les démarches de stabilisation avec les travailleurs sociaux » Lors des démarches traumatisantes « dans ces moments-là, accompagner les personnes à un engagement occupationnel, c'est beaucoup leur demander aussi, donc c'est nous, en tant que thérapeute, c'est vraiment aussi respecter les étapes, respecter l'état</p>
--	---	---	--	--

		<p>peuvent s'offrir les demandeurs d'asile » « s'engager dans telle chose et qu'ils vont mettre de l'énergie dans telle chose, etc. Ça sous entendrait qu'ils ont du temps qu'ils aient un équilibre dans leur vie » Importance de l'alliance thérapeutique pour amener des propositions de relais « tu crées ton lien de confiance » « Tu montres aux personnes implicitement que t'as conscience qu'ils sont en train de vivre quelque chose de compliqué, et après, selon ce que la personne peut te raconter aussi, tu peux commencer à aller vers les choses qui ont du sens pour eux » Activité de groupe mise en place Retrouver des intérêts anciens ou nouveaux</p>		<p>d'esprit de la personne » « processus qui peut être assez long » « c'est assez complexe » « Je le rapporte à la participation, le fait de pouvoir s'engager dans des activités de vie quotidienne qui font partie d'un contexte socio-culturel » « T'as créé ton climat, confiance, tu apaises doucement aussi les différents mots et tant vient aussi à l'ergothérapie, de ce qu'elle va avoir, de plus, par exemple, par rapport aux entretiens on va dire médicaux » « On va aller s'intéresser vraiment au cœur de la personne » « être à part entière » « On va aller chercher qu'est-ce qui fait sens pour elle, en tant qu'individu » «</p>
--	--	--	--	--

<p>Les activités signifiantes (hypothèse 1)</p>	<p>Points importants de cette définition : L'activité signifiante est une activité qui a du sens pour la personne qui la réalise (Meyer, 2010)</p> <p>Amélioration de la participation occupationnelle, amélioration de la santé mentale, favorise l'inclusion sociale</p>	<p>« Bah tout simplement c'est ça qui va marcher », « Parce que y a des activités que tu vas pouvoir composer en tant qu'ergo mais il y a celles aussi que tu ne vas pas pouvoir proposer parce que t'as ton champ de compétence qui s'arrête » « Tu peux toujours trouver un truc avec eux » « Et des fois, ça ne va pas forcément aboutir à grand-chose. On ne va pas se mentir. Des fois ce que tu vas faire pour les personnes, elles sont tellement dans des situations instables du jour au lendemain tu ne peux plus jamais les revoir. Mais au moins t'auras passé le message. Après, si tu arrives à mettre en place une activité, c'est incroyable, c'est génial, tu vois » « Ah</p>	<p>« Monter une activité dans laquelle ils pourraient faire participer les enfants parce qu'ils étaient touchés de voir qu'il y a des enfants qui étaient sans domicile » activités en lien avec la demande d'asile « Faire du bénévolat ils avaient des attestations comme quoi ils faisaient du bénévolat et ils estimaient que ça allait peser dans leur dossier d'acceptation » « Ils sont tellement dans une situation qui est compliquée de souffrance il pense à leur famille qui est en souffrance au pays et donc je pense que le fait d'aller faire des activités de loisirs et ils se l'autorisent pas forcément naturellement » « Il y aurait comme une culpabilité en fait d'avoir du plaisir » « Intéressant</p>	<p>« Exploiter ça et réappliquer ça au contexte dans lequel elle vit actuellement » proposer des relais en lien avec les activités signifiantes « Ce n'était pas juste une relation thérapeute, patient, c'était vraiment l'asso qui contribuait à créer cet engagement à réinjecter cette forme de participation » «</p>
--	--	--	--	---

		<p>ouais, je peux m'écouter et je peux faire des trucs qui ont du sens pour moi. Mais d'ailleurs, qu'est-ce qui a du sens pour moi ? » « Leur faire comprendre que c'est des personnes à part entière qui ont une vie, un vécu et qu'elles ont le droit de faire des choses qui leur plaît et de dire non à des choses qui ne leur plaît pas. Ils ne le savent pas tous » « les choses qui ont du sens pour nous, elles ne sont pas figées »</p>	<p>dans une démarche de remobilisation » « Une source de plaisir, un sens, un rôle, une utilité, un petit peu des responsabilités » « un peu de sérénité »</p>	
<p>Les activités collectives (hypothèses 2)</p>	<p>Développement de l'environnement social, amélioration de la participation occupationnelle, amélioration de la santé mentale, favorise l'inclusion sociale</p>	<p>« Certes à la base, elle n'était pas forcément signifiante pour quelqu'un dans le groupe, mais ce qu'on en a fait à l'intérieur sont devenues significatives au fur et à mesure » « Les personnes viennent apporter leur âme au truc, leur caractère, etc. Et que</p>	<p>« J'essayais de trouver ce qui était commun dans le groupe » « C'est un projet de groupe, ça devient plus mon propre projet » « ça permet de se l'autoriser sans culpabiliser » « Au sein du groupe, des gens qui ne s'expriment pas trop au début, qui sont un</p>	<p>« Ils se faisaient des amis aussi » « Ils rencontraient des gens, ils avaient l'impression d'avoir un rôle à nouveau » « permet aussi de se socialiser » « le fait de sentir qu'il y a des interactions sociales, ça fait se sentir un petit peu mieux. Alors, il y a pour</p>

	<p>Lutte contre les répercussions de l'injustice occupationnelle et de l'exclusion sociale, partage d'expérience, formation d'une communauté, échange de culture</p>	<p>ça devienne signifiant pour elles » « c'est toute la force du communautaire, il y a vraiment ce truc de se retrouver avec des personnes qui vivent ou ont vécu les mêmes choses que toi » « Elles ne se rendent pas forcément compte qu'elles accrochent à ça, nous on théorise beaucoup de trucs, il y a pleins de gens qui agissent et qui se ne rendent pas compte des mots que nous on met dessus. Mais se retrouver avec des personnes qui ont vécu les mêmes choses, qui parlent parfois la même langue, etc. ça fait un bien fou » « Ce n'est pas que pour les demandeurs d'asile » « Parlent de trucs que personne d'autre comprendrait et parfois même ce n'est pas</p>	<p>peu en retrait, qui n'osent pas trop parler, qui au fur à mesure se mettent à plus interagir » « Tu développes une confiance et tu vas vouloir plus t'exprimer, faire partie du groupe, etc. » « Plus d'interactions, c'est gagner en habileté » « un soutien mutuel » « De voir que tout le monde est dans la même situation, ça se donne de la force parce qu'échanger des conseils, se soutenir, voir qu'on n'est pas seul en fait à subir la même chose » « nourrir l'espoir » permet de construire une vie (logement, travail) « santé communautaire » « soutien par les pairs » Chaque personne a une identité et un rôle dans le groupe « tissu associatif est super important »</p>	<p>certaines personnes, ça peut être très angoissant mais comme on disait avant, c'est personne dépendant » « On adapte, il y avait aussi des groupes qui se trouvaient en milieu plus sécuritaire, il y avait des choses qui se faisaient individuellement, il y avait des tout petits groupes aussi de 2/3 personnes quand on était plus sûr de la relaxation. C'est très adapté mais en tout cas pour des personnes qui étaient prêtes et qui en avaient envie et besoin, c'était très intéressant » « Mon but en soi, c'est qu'on ait plus besoin de moi et qu'elles arrivent à trouver leur place sans avoir besoin d'ergo » « coconstruit avec les personnes » « le groupe ça a une dynamique, il fait que ça peut créer des</p>
--	--	---	--	--

		<p>forcément parler de trucs qu'on a en commun mais c'est juste parler de la vie en général etc. avec des personnes avec qui on se sent bien parce qu'on sait que c'est nos semblables » « y a ce sentiment de tranquillité qui est ressenti quand on est dans une communauté » « C'est un espace réconfortant, c'est apaisant, c'est rassurant, ça donne un sentiment de ne pas être seul aussi » « de la communauté y en a partout » « Il faut proposer à des personnes qui sont demandeuses d'asile de se regrouper, de faire ci, de faire ça pour qu'elle goûte et qu'elle sentent que ça leur fassent du bien ce communautaire, parce que ils vont pas forcément le chercher » « ça redonne du sens aussi » « elles se</p>		<p>échanges, des interactions » « certaines personnes le fait de voir que d'autres osent faire, ça va les inviter à faire aussi » « les gens peuvent s'identifier, les uns aux autres, parfois ou pas, parfois les différences entre les gens permettent l'expression aussi de choses différentes » « pour des personnes qui ont vécu des choses difficiles de se dire, je ne suis pas seule » « C'est des gens avec qui peut être la parole va être plus simple parce que je sais qu'ils vont avoir cette compassion parce qu'ils ont vécu ces choses-là, donc ils vont pleinement comprendre » et le thérapeute ne peut pas pleinement comprendre ces histoires de vie car c'est « complètement inimaginables » « certaines</p>
--	--	---	--	---

		<p>sentent tellement bien, tellement reconnues légitimées » « cercle vertueux pour elle » « Des bons sentiments, des bonnes émotions qui sont ressenties et donc, elles vont revenir et elles vont construire des choses et elles vont échanger et ça va avancer parce que elles vont se sentir bien » « Je trouve que ça va soit faire réveiller les choses qui ont du sens, soit ça va créer des nouveaux, de nouvelles choses qui ont du sens pour elle »</p> <p>« Parce que ce qu'elles ont vécu, qui font qu'elles sont en syndrome post-traumatique, elles vont très peu en parler entre elles, elles ne vont pas en groupe pour parler de ces traumas. Mais juste, elles vont être en présence de personnes qui viennent du</p>		<p>personnes puissent avoir partagé des choses en commun sur un parcours très compliqué, ça peut parfois aussi aider à avancer, aider à s'exprimer » « créer des liens, après, peut-être que les gens vont faire des choses ensemble à l'extérieur, mais ils vont pouvoir peut-être se donner des conseils, des bons plans »</p>
--	--	--	--	--

		<p>même endroit qu'elle. Sans se le dire, mais très certainement avoir vécu les mêmes choses terribles qu'elles. Il y a ce truc, on n'a pas besoin de se dire les choses, on sait, dans le regard dans la posture, dans les attentions, etc. Il y a plus de transparence de à qui on s'adresse, ils sont entre pairs » « zone de sécurité dans un environnement très insécuritaire pour eux »</p>		
--	--	---	--	--

**Ergothérapie et demandeurs d'asile atteints d'un trouble de stress post-traumatique :
vers une participation occupationnelle**

Aujourd'hui, en France, la migration est un phénomène d'actualité. A leur arrivée dans le pays d'accueil, les personnes demandeuses d'asile sont confrontées à des problématiques de santé. En effet, leur parcours migratoire et leurs conditions de vie actuelles augmentent la probabilité d'entraîner un trouble de stress post-traumatique. Par ailleurs, cette population fait face à une limitation de participation occupationnelle s'expliquant d'une part par leur statut social et d'autre part leur atteinte pathologique. Le but de cette recherche est d'identifier les pratiques utilisées par les ergothérapeutes afin de susciter leur engagement occupationnel et indirectement leur participation occupationnelle.

Pour y répondre, une méthode qualitative a été réalisée. Trois ergothérapeutes ont été interrogées. A travers les entretiens semi-directifs menés, le lien entre le manque d'engagement occupationnel et la population étudiée a été mis en lumière. Ainsi, dans leurs prises en soin, les ergothérapeutes s'appuient sur les activités significatives et les activités collectives. Toutefois, une nuance a été apportée concernant l'engagement occupationnel de ces personnes étant parfois considéré comme un processus temporaire du fait de leur situation instable.

Afin d'approfondir notre réflexion, la présence de l'autre est bénéfique dans ces accompagnements. Ainsi, en quoi la collaboration entre un pair aidant et un ergothérapeute peut-elle permettre leur participation occupationnelle au sein d'activités communautaires.

Mots-clés : Activités significatives, Demandeurs d'asile, Ergothérapie communautaire, Groupe, Participation occupationnelle, Trouble de stress post-traumatique

**Occupational therapy and asylum seekers with post-traumatic stress disorder:
towards occupational participation**

Today, in France, migration is a current phenomenon. Upon arrival in the host country, asylum seekers are confronted with health problems. Indeed, their migratory journey and their current living conditions increase the probability of post-traumatic stress disorder. Moreover, this population faces a limitation in occupational participation due to their social status and their condition. The aim of this research is to identify the practices used by occupational therapists to encourage their occupational engagement and indirectly their occupational participation.

To answer this question, a qualitative method was used. Three occupational therapists were interviewed. Through the semi-structured interviews conducted, the link between the lack of occupational engagement and the study population was highlighted. Thus, in their care, occupational therapists use meaningful activities and group activities. However, a nuance was brought about concerning the occupational engagement of these people being sometimes considered as a temporary process because of their unstable situation.

To deepen our reflection, the presence of the other is beneficial in these supports. Thus, how can the collaboration between a peer helper and an occupational therapist allow their occupational participation within community activities?

Keywords: Asylum seekers, Community occupational therapy, Group, Meaningful activities, Occupational participation, Post-traumatic stress disorder